

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**  
**ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»**



**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:**

**ΓΕΩΡΓΑΛΑΣ ΘΕΜΗΣ**  
**ΤΣΙΡΩΝΗΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ**  
**ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΨΥΧΟΓΙΟΥ ΑΘΗΝΑ**  
**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**  
**ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ, 2011**

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:**

**ΓΕΩΡΓΑΛΑΣ ΘΕΜΗΣ**

**ΤΣΙΡΩΝΗΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ**

**ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΨΥΧΟΓΙΟΥ ΑΘΗΝΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία  
από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών  
Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος  
(Α.Τ.Ε.Ι) Πάτρας.**

**Πάτρα, Ιούνιος 2011**

**HIGH TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF PATRAS  
PROVIDENCE HEALTH PROFESSIONS SCHOOL  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**THESIS**

**“INSTITUTIONALIZATION OF RESTRICTED SENIOR CARE”**

**RESEARCH TEAM:**

**GEORGALAS THEMIS**

**TSIRONIS EPAMINONDAS**

**XRYSANTHAKOPOYLOS ANDREAS**

**RAPPORTEUR**

**PSYCHOGIOY ATHINA**

**SURVEILLANCE PROFESSOR:**

**SIKELIANOY DESPINA**

**Thesis for a degree in Social Work from the Department of Social Work  
School of Health and Welfare of High Technological Educational  
Institute of Patras**

**Patras, June 2011**

**Η πτυχιακή εργασία των:**

**ΓΕΩΡΓΙΑΛΑΣ ΘΕΜΗΣ**

**ΤΣΙΡΩΝΗΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ**

**ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**

**εγκρίνεται:**

**Υπογραφές**

**ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**Μέλη εξεταστικής επιτροπής :**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	11
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	17
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ .....	17
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ .....	17
1.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	17
1.3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	18
1.3.1. ΚΑΘΕΣΤΩΤΑ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	20
1.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ .....	22
1.5. Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..	23
1.6. ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ .....	26
1.7. ΟΙ ΝΕΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	31
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	31
2.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ .....	33
2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	36
2.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
2.3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	39
2.3.3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	39
2.4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	40
2.5 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	43
2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ .....	45
2.7 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΜΕΝΩΝ .....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	50
ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	50
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	50

<b>3.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΗΨΗ .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗΣ.....</b>	<b>52</b>
<b>3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>55</b>
<b>3.4.1 ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>55</b>
<b>3.4.1.1 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η)....</b>	<b>56</b>
<b>3.4.1.2 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.) ..</b>	<b>58</b>
<b>3.4.1.3 ΚΕΝΤΡΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>61</b>
<b>3.4.1.4 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» .....</b>	<b>63</b>
<b>3.4.1.5 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ» .....</b>	<b>67</b>
<b>3.4.1.6 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ.....</b>	<b>69</b>
<b>3.4.2 ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....</b>	<b>70</b>
<b>3.4.2.1 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ .....</b>	<b>70</b>
<b>3.4.2.2 ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ .....</b>	<b>70</b>
<b>3.4.2.2.1 ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΕΥΓΗΡΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ.....</b>	<b>72</b>
<b>3.5 ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....</b>	<b>74</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....</b>	<b>78</b>
<b>ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ .....</b>	<b>78</b>
<b>4.2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟΝ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ.....</b>	<b>78</b>
<b>4.3. ΠΡΟΦΙΛ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΓΟΥΝ ΤΗ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ .....</b>	<b>80</b>
<b>4.4. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ .....</b>	<b>81</b>
<b>4.4.1.ΕΙΔΗ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....</b>	<b>81</b>
<b>4.5. ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....</b>	<b>83</b>
<b>4.6. ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ» .....</b>	<b>84</b>
<b>4.7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....</b>	<b>84</b>
<b>4.7.1 ΣΤΑΔΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ .....</b>	<b>85</b>
<b>4.7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ .....</b>	<b>87</b>
<b>4.7.3 Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ.....</b>	<b>88</b>
<b>4.8. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>89</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>92</b>
<b>ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....</b>	<b>92</b>
<b>5.1. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....</b>	<b>92</b>
<b>5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ .....</b>	<b>93</b>
<b>5.2.1. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....</b>	<b>94</b>
<b>5.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ .....</b>	<b>95</b>
<b>5.3. ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ.....</b>	<b>97</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>101</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>103</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την παρούσα βιβλιογραφική μελέτη προσπαθήσαμε να αναδείξουμε το θέμα του ιδρυματισμού και της κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων.

Ειδικότερα, παρουσιάζονται αναλυτικά η τρίτη ηλικία και τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Επιπλέον γίνεται αναφορά στο τι συμβαίνει στην Ελλάδα και πως αντιμετωπίζεται αυτή η ηλικιακή κατηγορία, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει αυτή η ηλικιακή κατηγορία ατόμων στην Ελληνική οικονομία.

Παράλληλα, παρουσιάζονται οι μονάδες της ανοικτής και της κλειστής περίθαλψης, τα ιδρύματα και ο τρόπος χρηματοδότησης τους. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η έννοια του ιδρυματισμού και η έννοια της αποιδρυματοποίησης. Επιπλέον αναλύονται τα ιδρύματα που αφορούν στην κλειστή περίθαλψη και οι επιπτώσεις που έχει στην μετέπειτα διάρκεια της ζωής των τροφίμων.

Τέλος, στο κλείσιμο της μελέτης μας αναφέρουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην διαδικασία του ιδρυματισμού αλλά και προτάσεις για την αναβάθμιση και βελτίωση των ιδρυμάτων αυτών.



## **ABSTRACT**

With this bibliographic study we tried to highlight the issue of institutionalization and closed care of the elderly people.

In particular, presented in detail, the elderly and the most common health problems faced by people who belong to this age group. Furthermore reference is made on what is happening in Greece and how this age group is being treated, and the role this age group people plays in the Greek economy.

Furthermore, the points of open and closed care, institutions and ways financing them, are presented. The following is the concept of institutionalization and the concept of deinstitutionalization. Furthermore, the institutions related to the closed treatment and the impact on the subsequent life of inmates, are analyzed.

Finally, the closure of our study mentions the role of social worker in the process of institutionalization and gives proposals for the upgrading and improvement of these institutions.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική μελέτη και εξετάζει τον ιδρυματισμό και την κλειστή περίθαλψη ηλικιωμένων.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο υποκεφάλαιο πραγματοποιείται μια προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας της κοινωνικής πολιτικής και του κράτους πρόνοιας. Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι παράγοντες ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας καθώς και τα επίπεδα άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Στη συνέχεια, αναλύεται ο σχεδιασμός και οι νέες προκλήσεις των προνοιακών πολιτικών στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας. Γίνεται αναφορά στη δημογραφική γήρανση αλλά και στα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επιπλέον, αναλύονται ο ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία αλλά και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

Στο τρίτο υποκεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζονται οι μορφές περίθαλψης ηλικιωμένων, οι ανοικτές και οι κλειστές αλλά και οι μορφές χρηματοδότησης και λειτουργίας των εξω-ιδρυματικών μορφών κοινωνικής φροντίδας στην Ευρώπη.

Στο τέταρτο υποκεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της έννοιας του ιδρυματισμού καθώς επίσης παρουσιάζονται και οι λόγοι που οδηγούν στον ιδρυματισμό. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η ιδρυματική περίθαλψη στα γηροκομεία, στα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα για άτομα της τρίτης ηλικίας αλλά και οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας. Επίσης, αναλύονται οι επιπτώσεις του ιδρυματισμού στους ηλικιωμένους ενώ γίνεται και μια κριτική ανάλυση του ιδρυματισμού και της κλειστής περίθαλψης ηλικιωμένων.

Στο πέμπτο και τελευταίο υποκεφάλαιο παρουσιάζονται μέτρα για τη βελτίωση των κλειστών μονάδων περίθαλψης αλλά και ο ρόλος που αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός σε αυτά τα ιδρύματα.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Βασικός σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης ήταν η διερεύνηση και η ανάλυση του ιδρυματισμού και της κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων. Ειδικότερα, μελετήθηκαν:

- Η Ελληνική κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας
- Τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.
- Οι ανοικτές και οι κλειστές δομές περίθαλψης για τους ηλικιωμένους.
- Η έννοια του ιδρυματισμού και τα χαρακτηριστικά του.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- ◆ **Ίδρυμα:** Οποιοσδήποτε οργανισμός με κοινωφελείς στόχους στο οποίο παρέχεται τροφή, στέγη και περίθαλψη σε άτομα που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν μόνοι τους, τους εαυτούς τους. Παραδείγματα ιδρυμάτων είναι τα ορφανοτροφεία και τα γηροκομεία. (Σταθόπουλος, 2005).
- ◆ **Ιδρυματισμός:** Το σύνολο των σωματικών και ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται μετά από μακροχρόνια παραμονή σε ένα ίδρυμα. (Μάνος, 1987)
- ◆ **Υγειονομική περίθαλψη** :Περιλαμβάνει, την πρόληψη, τη θεραπεία, καθώς και την διαχείριση των ασθενειών, καθώς την προστασία της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μέσω των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη αγκαλιάζει το σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της θεραπευτικής και της παρηγορητικής παρέμβασης, είτε απευθύνονται σε άτομα ή σε πληθυσμούς. Η οργανωμένη παροχή των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (<http://bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/healthcare>)
- ◆ **Δημόσια Υγεία:** Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. (<http://bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/healthcare>)
- ◆ **Αποιδρυματοποίηση:** Η αλλαγή από την παροχή φροντίδας από τα παραδοσιακά ιδρύματα σε υπηρεσίες οι οποίες βασίζονται στη κοινότητα. (Μάνος, 1987)

- ◆ **Υπολειμματικό πρότυπο:** Μοντέλο κράτους πρόνοιας στο οποίο οι ανάγκες καλύπτονται μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς και από την οικογένεια, ενώ το κράτος δρα επικουρικά σαν «δίχτυ ασφαλείας» (safety net) με την κοινωνική ασφάλιση. (Titmuss, 1974)
  
- ◆ **Θεσμικό – αναδιανεμητικό μοντέλο:** Μοντέλο του κράτους πρόνοιας. Το θεσμικό / αναδιανεμητικό πρότυπο εκπροσωπείται από το μοντέλο του Beveridge, όπως διαμορφώθηκε στην Αγγλία στην διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, αλλά εφαρμόστηκε στις δεκαετίες του '50 και του '60, ενώ στις Σκανδιναβικές χώρες, εξακολούθησε να ισχύει για πολύ μεγαλύτερο διάστημα. Έχει συνδεθεί με τον ευρωπαϊκό καπιταλισμό, τη σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση και την Κεϋνσιανή πολιτική για την οικονομία και τον ρόλο του κράτους. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι ένα διευρυμένο κράτος πρόνοιας, με αναδιανεμητικές πολιτικές, που έχουν ως στόχο τη μείωση των ανισοτήτων, και την εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής. Η κάλυψη των αναγκών γίνεται στη βάση ενός φάσματος κοινωνικών δικαιωμάτων που αποτελούν το περιεχόμενο της ουσιαστικής ιδιότητας του πολίτη. Υπερισχύει η καθολική μορφή κάλυψης, γι' αυτό αποφεύγεται η στιγματισμός και ενισχύεται η πρόληψη, με υποστήριξη συλλογικών μορφών κάλυψης κυρίως από το κράτος. Ονομάζεται θεσμικό, γιατί λειτουργεί με στόχο την εδραίωση θεσμών για την κάλυψη των αναγκών, και όχι την αποσπασματική και εκ των υστέρων αντιμετώπιση προβλημάτων. Έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα γιατί αποσκοπεί στην αναδιανομή του πλούτου και των ευκαιριών, ως μέσο καταπολέμησης των ανισοτήτων. Οι πιο ένθερμοι υποστηρικτές του οραματίστηκαν ακόμα και την σταδιακή μετάβαση από τον καπιταλισμό στον σοσιαλισμό με κύριο μοχλό αυτή της αλλαγής το κράτος πρόνοιας. (<http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/94/1/koin+politi.ki.pdf>)
  
- ◆ **Προνοιακοί δικαιούχοι:** αυτοί που διακινούνται να λάβουν προνοιακά επιδόματα και γενικά την φροντίδα της κοινωνικής πρόνοιας

- ◆ **Διαγενεακή και ενδοοικογενειακή μεταβίβαση:** Κοινωνιολογικοί όροι οι οποίοι δηλώνουν το πέρασμα από γενιά σε γενιά πόρων στη βάση ενός είδους «κοινωνικού συμβολαίου» μεταξύ των γενεών.
  
- ◆ **Σωματική κακοποίηση:** Σωματική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμό και κάκωση - διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών – που δεν οφείλεται σε ατύχημα. Η κάκωση μπορεί να είναι μια ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού - δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Οι Επαγγελματίες Υγείας οφείλουν ακόμα και με την παραμικρή υποψία να εξετάζουν με προσοχή το σώμα του παιδιού. (<http://www.familyviolence.gov.cy/cgibin/hweb?-A=5&-V=manual>)
  
- ◆ **Σεξουαλική κακοποίηση:** Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, όπως:
  - Ορισμένα είδη φιλιών.
  - Χάδια σε ιδιαίτερα μέρη του σώματος.
  - Βιασμός (εξαναγκασμός να κάνει κάποιος σεξ με κάποιον άλλο, παρόλο που δεν θέλει).
  - Εξαναγκασμός να δει πορνογραφικά περιοδικά ή έργα.
  - Άλλες πράξεις που υποχρεώνουν το παιδί ή το νεαρό άτομο να κάνει κάτι που δεν επιθυμεί.
 Η κακοποίηση δεν αφορά τα σεξουαλικά παιχνίδια που είναι απολύτως φυσιολογικά όταν ένας έφηβος μεγαλώνει, δημιουργεί τις πρώτες του σχέσεις και θέλει να ανακαλύψει το σώμα του συντρόφου του. Τα παιδιά ή τα νεαρά άτομα κακοποιούνται συνήθως από πρόσωπα που έχουν μεγαλύτερη σωματική δύναμη ή βρίσκονται σε θέση ισχύος. Χρησιμοποιώντας τη δύναμή τους, εξαναγκάζουν το παιδί ή τον έφηβο να συμμετάσχει σε διάφορες σεξουαλικές δραστηριότητες. Ο νόμος προσπαθεί να προστατεύσει την ασφάλεια και τα δικαιώματα των παιδιών και των εφήβων. Όταν κάποιος κακοποιεί σεξουαλικά ένα παιδί ή ένα νεαρό άτομο, παραβιάζει το νόμο.

- ◆ **Οικονομική κακοποίηση:** Άλλη μια μορφή κακοποίησης που δηλώνει την εξάρτηση της γυναίκας στον άνδρα, είναι η οικονομική, η οποία εκδηλώνεται: Όταν ο άνδρας απαιτεί τον απόλυτο έλεγχο των εσόδων και εξόδων μέσα στην οικογένεια  
Όταν θέλει ο ίδιος να εγκρίνει τα έξοδα  
Όταν της αφαιρεί το δικαίωμα να διαχειρίζεται το μισθό της ή μέρος από τα έσοδα του νοικοκυριού που της αναλογούν.  
Με αυτόν τον τρόπο ο άνδρας προσπαθεί να έχει οικονομικά εξαρτημένη την γυναίκα ώστε να μην μπορεί εύκολα ν' αποδεσμευτεί απ' αυτόν.
  
- ◆ **Συναισθηματική κακοποίηση:** Η ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει πράξεις, παραλείψεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν συστηματική απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, αποθάρρυνση, παραμέληση.  
Αυτό το είδος βίας, είναι δύσκολο να εντοπισθεί και να διαγνωσθεί από τους επαγγελματίες, γιατί απαιτεί ικανό χρονικό διάστημα για να αναπτυχθεί καλή επικοινωνία και σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί.  
Η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών Υγείας, Κοινωνικών Λειτουργών, Εκπαιδευτικών και άλλων επαγγελματιών, διευκολύνει τη διαμόρφωση ξεκάθαρης εικόνας για την κατάσταση του παιδιού υπό εξέταση.
  
- ◆ **Παραμέληση:** Η έννοια της παραμέλησης περιλαμβάνει την πρόσκαιρη ή μόνιμη έλλειψη φροντίδας των βασικών αναγκών ενός ηλικιωμένου (όπως επαρκής σίτιση, ρουχισμός, στέγη, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα) η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του ηλικιωμένου. (Σαρρής, 2001)
  
- ◆ **Αυτό – παραμέληση:** Η έννοια της αυτό – παραμέλησης συνιστά μια προέκταση της έννοιας της παραμέλησης και αναφέρεται στο γεγονός όπου οι κύριοι λόγοι της παραμέλησης είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου. Εν συνεχεία, η έννοια της εγκατάλειψης περιγράφεται ως το γεγονός της εγκατάλειψης ενός ηλικιωμένου χωρίς κάποια δικαιολογημένη αιτία, από το άτομο που έχει την επιμέλεια της φροντίδας του και η οποία

θέτει σε κίνδυνο, ή χειροτερεύει την σωματική ή ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρισκόταν το άτομο. (Σαρρής, 2001)

- ◆ **Μετατροπή:** Χαρακτηρίζεται από πλήρη συμμόρφωση του εξυπηρετούμενου με την εικόνα που έχει το προσωπικό γι' αυτόν και την πλήρη αναγωγή των μελών του προσωπικού σε "σημαντικούς άλλους" (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003)
- ◆ **Αυτοκαθορισμός:** η θέληση του ατόμου να αποτελεί την πηγή των συμπεριφορών του
- ◆ **Αποπλαισίωση:** Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσουμε την κατάσταση που κάποιο άτομο απομακρύνεται από το σύνηθες περιβάλλον των φυσικών και διαπροσωπικών του σχέσεων. (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>)
- ◆ **Αποϋπευθυνολογία:** επικέντρωση της κλασικής διαγνωστικής διαδικασίας στα συμπτώματα και όχι στην επίδραση του πλαισίου στη συμπεριφορά (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>)
- ◆ **Αποκοινωνικοποίηση:** Μακροχρόνια παραμονή στο ίδρυμα οδηγεί σε πραγματική «αποκοινωνικοποίηση» του ατόμου (στις ποικίλες μορφές και βαθμίδες βαρύτητας του «ιδρυματισμού»). (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

#### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Στις μέρες μας είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί ένα διεπιστημονικό πεδίο. Ο όρος «κοινωνική πολιτική αναφέρεται τόσο σε ένα σύνολο μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, όσο και σε ένα αντικείμενο μελέτης και επιστημονικής ανάλυσης των επί μέρους πολιτικών που την συγκροτούν» (Στασινοπούλου, 1993).

Ο διεπιστημονικός χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής έγκειται στη συνεργασία που πρέπει να υπάρξει ανάμεσα σε διαφορετικές επιστήμες ώστε να σχεδιαστεί και να πραγματοποιηθεί μια δράση της. Έτσι για παράδειγμα αν υπάρξει η ανάγκη για τη δημιουργία μιας κλειστή δομής για ηλικιωμένους θα απαιτηθεί η σύμπραξη κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, πολιτικών επιστημόνων, γιατρών, οικονομολόγων αλλά και πολιτικών μηχανικών και τεχνικών(ηλεκτρολόγων, υδραυλικών κ.α.). Για αυτό άλλωστε είναι και δύσκολος ο ορισμός της με αποτέλεσμα να επιχειρούνται διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα και με τη θεωρητική οπτική των εκάστοτε μελετητών (Στασινοπούλου, 1993).

#### **1.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Η κύρια αρχή σύμφωνα με την οποία ασκείται η κοινωνική πολιτική την διαπλοκή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η ανάλυση διαφορετικών συστημάτων κοινωνικής πολιτικής καθιερώνει δύο κύρια πρότυπα:

- i. Το υπολειμματικό πρότυπο: (μεσοπολεμική και τα πρώτα χρόνια μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο).

Ιδεολογικά στηρίζεται στην φιλοσοφία του laissez-faire, στην αντίληψη δηλαδή ότι η κάλυψη των αναγκών πρέπει να γίνεται μέσα από τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς και από την οικογένεια. Το κράτος παρεμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις που η κάλυψη αυτή δεν είναι εφικτή. Στόχος στο υπολειμματικό πρότυπο είναι η αποφυγή εξαθλίωσης και η παροχή βοήθειας σε εκείνους που πραγματικά τη χρειάζονται. Βέβαια, το πρότυπο αυτό έχει ταυτιστεί με την επιλεκτική κάλυψη

αναγκών από το κράτος (αναπτύσσονται συστήματα εξακρίβωσης της οικονομικής κατάστασης και των συγκεκριμένων αναγκών που τεκμηριώνουν το δικαίωμα παροχής βοήθειας (Στασινοπούλου, 1993).

Έτσι λοιπόν ενώ οι υποστηρικτές του τονίζουν την ενεργητική για το κοινωνικό σύνολο οικονομία πόρων που επιτυγχάνεται με την ορθολογική αξιοποίησή τους, εκεί όπου πραγματικά υπάρχει ανάγκη παρόλα αυτά εγκαταλείπετε, καθώς έφερνε στο νου εικόνες εξαθλίωσης και διάκρισης σε προνομιούχους και μη πτωχούς ( Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

ii. Θεσμικό –αναδιανεμητικό πρότυπο: (δεκαετίες του '50 και του '60)

Το θεσμικό –αναδιανεμητικό πρότυπο υπερασπίζεται την καθολική κάλυψη αναγκών ενώ παράλληλα επισημαίνει την αδυναμία αποτελεσματικής κάλυψης αναγκών μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς, η οποία αναπαράγει και εντείνει τις κοινωνικές ανισότητες. Ονομάζεται θεσμικό επειδή στοχεύει εδραίωση των θεσμών για την κάλυψη αναγκών και όχι στην περιστασιακή και εκ των υστέρων αντιμετώπιση προβλημάτων.

Όμως, το θεσμικό –αναδιανεμητικό μοντέλο κατακρίθηκε για την επικέντρωση του στην θεραπεία των κοινωνικών προβλημάτων και όχι στην πρόληψή τους αλλά και στιγματίζονται κοινωνικά όσοι προσφεύγουν σε κρατικές υπηρεσίες. (Στασινοπούλου, 1993).

### **1.3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Είναι άξιο λόγου το γεγονός ότι απουσιάζει από το σύνολο τις βιβλιογραφίας το ουσιαστικό ενδιαφέρον για το κράτος πρόνοιας. Συνήθως η μελέτη του κράτους πρόνοιας γίνεται για την ερμηνεία φαινομένων όπως η εκβιομηχάνιση και ο καπιταλισμός ενώ το ίδιο το κράτος πρόνοιας έχει προσελκύσει ελάχιστα τους μελετητές (Σταθόπουλος, 2005).

Μίας κοινής αποδοχής ορισμός είναι ότι «το κράτος πρόνοιας συνεπάγεται την ευθύνη του κράτους να εξασφαλίσει το βασικό ελάχιστο ευημερίας στους πολίτες του». Όμως, ένας τέτοιος ορισμός παρακάμπτει το ζήτημα αν οι κοινωνικές πολιτικές είναι χειραφετικές ή όχι, αν βοηθούν στην νομιμοποίηση

του συστήματος, τι σημαίνει «βασικό ελάχιστο ευημερίας» (Στασινοπούλου, 1993).

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» αναφέρεται σε συγκεκριμένη και ιστορικά καθορισμένη μορφή οργανωμένης και διευρυμένης κάλυψης ενός φάσματος κοινωνικών αναγκών. Κύρια χαρακτηριστικά είναι η διόγκωση κρατικού μηχανισμού καθώς και διεξόδυσή του στον κοινωνικό ιστό, με στόχο όχι μόνο την επιβολή κοινωνικής ειρήνης αλλά και την ρύθμιση της κοινωνικής αναπαραγωγής (Στασινοπούλου, 1993).

### **Συγκριτικές μελέτες για την έννοια του κράτους πρόνοιας**

Το επίπεδο της κοινωνικής δαπάνης, σύμφωνα με κάποιες συγκριτικές μελέτες, αντανακλά επαρκώς τη δέσμευση ενός κράτους για ευημερία. Η θεωρητική πρόθεση δεν ήταν να κατανοήσουν πραγματικά το κράτος πρόνοιας, αλλά μάλλον να ελέγξουν την εγκυρότητα των αντιμαχόμενων θεωρητικών μοντέλων της πολιτικής οικονομίας. Βαθμολογώντας τις χώρες ως προς το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και το ποσοστό των ηλικιωμένων στη δημογραφική δομή, πίστευαν ότι είχαν λάβει επαρκώς υπόψη τους τα ουσιαστικά γνωρίσματα του βιομηχανικού εκσυγχρονισμού. ([http://ec.europa.eu/cyprus/news/older\\_people\\_el.htm](http://ec.europa.eu/cyprus/news/older_people_el.htm))

Ο Therborn (1983) υποστήριζε ότι πρέπει να ξεκινήσουμε με μια εννοιολογική σύλληψη της δομής του κράτους πρόνοιας. Με ποια δηλαδή κριτήρια θα πρέπει να κρίνουμε αν και πότε ένα κράτος συνιστά κράτος πρόνοιας. Έτσι διακρίνονται τρεις προσεγγίσεις στο ζήτημα αυτό:

- i) Σύμφωνα με τον Therborn (1983) πρέπει να ξεκινήσουμε από τον ιστορικό μετασχηματισμό των δραστηριοτήτων του κράτους. Σε ένα γνήσιο κράτος πρόνοιας, η πλειονότητα των καθημερινών τακτικών δραστηριοτήτων του πρέπει να αφιερώνεται στις ανάγκες ευημερίας των πολιτών (Means, Smith, 1998).
- ii) Σύμφωνα με τον Titmuss (1958) θα πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα σε υπολειμματικά και θεσμικά κράτη πρόνοιας. Στα υπολειμματικά, το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη μόνο όταν η οικογένεια ή η αγορά παρουσιάζουν ελλείψεις. Το κράτος επιδιώκει να περιορίσει τις

υποχρεώσεις του στις περιθωριακές ομάδες στις οποίες αξίζει να παρασχεθούν ωφελήματα. Το θεσμικό μοντέλο απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, είναι καθολικού χαρακτήρα και ενσαρκώνει μια θεσμοποιημένη δέσμευση για ευημερία. Κατά αξιωματικό τρόπο, επεκτείνει τις δεσμεύσεις του για ευημερία σε όλες τις περιοχές της διανομής που είναι ζωτικές για την κοινωνική ευημερία. (Means & Smith, 1998).

- ii) Η τρίτη προσέγγιση είναι να επιλέξουμε θεωρητικά τα κριτήρια βάσει των οποίων θα κρίνουμε τους τύπους των κρατών πρόνοιας. Αυτό μπορεί να γίνει με το να μετρήσουμε τα υπαρκτά κράτη πρόνοιας με γνώμονα κάποιο αφηρημένο μοντέλο και κατόπιν να τα βαθμολογήσουμε αναλόγως κάποια προγράμματα ή τα κράτη πρόνοιας στο σύνολό τους (Στασινοπούλου, 1993).

### **1.3.1. ΚΑΘΕΣΤΩΤΑ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Οι διάφορες διεθνείς παραλλαγές στα κοινωνικά δικαιώματα και στην διαστρωμάτωση του κοινωνικού κράτους, επιφέρουν ποιοτικά διαφορετικές διευθετήσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας. Οι παραλλαγές αυτές δεν είναι γραμμικά διανεμημένες, αλλά ομαδοποιούνται σε τύπους καθεστώτων (Σταθόπουλος, 2005).

Βέβαια, πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει καμία αμιγής περίπτωση. Για παράδειγμα, οι σκανδιναβικές χώρες μπορεί να είναι κατεξοχήν σοσιαλδημοκρατικές αλλά δεν είναι απαλλαγμένες από κρίσιμα φιλελεύθερα στοιχεία. Ούτε και τα φιλελεύθερα καθεστώτα είναι αμιγείς τύποι. Επίσης, τα ευρωπαϊκά καθεστώτα έχουν ενσωματώσει τόσο φιλελεύθερες όσο και σοσιαλδημοκρατικές τάσεις (Σταθόπουλος, 2005).

Παρά την απουσία αμιγών τύπων, αν τα ουσιαστικά μας κριτήρια για να ορίσουμε τα κράτη πρόνοιας έχουν να κάνουν με την ποιότητα των κοινωνικών δικαιωμάτων, την κοινωνική διαστρωμάτωση και τη σχέση μεταξύ κράτους-αγοράς-οικογένειας, ο κόσμος ολοφάνερα αποτελείται από διακριτά σύνολα καθεστώτων. Έτσι λοιπόν μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής καθεστώτα κράτους πρόνοιας: (Στασινοπούλου, 1993).

### **Φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας (ΗΠΑ,Καναδάς,Αυστραλία)**

Στο Φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας η αρωγή επιδομάτων γίνεται μετά από έλεγχο των προσωπικών πόρων και τα επιδόματα αφορούν κυρίως άτομα με χαμηλό εισόδημα, τα οποία κατά κανόνα ανήκουν στην εργατική τάξη και εξαρτώνται από το κράτος. Επιπλέον, τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης είναι λιτά ενώ και οι κανόνες απονομής δικαιωμάτων είναι αυστηροί και συχνά συνδέονται με στιγματισμό. Ουσιαστικά στο Φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας τα όρια της κοινωνικής πρόνοιας ισούνται προς την οριακή ροπή επιλογής της πρόνοιας αντί για την εργασία. Το κράτος ενθαρρύνει την αγορά είτε παθητικά είτε ενεργητικά επιδοτώντας ιδιωτικά προγράμματα πρόνοιας ενώ παράλληλα περιορίζεται η σφαίρα των κοινωνικών δικαιωμάτων (Στασινοπούλου, 1993).

### **Κορπορατιστικό κράτος πρόνοιας (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία)**

Στο Κορπορατιστικό κράτος πρόνοιας υπερέχει η διαφύλαξη των κοινωνικών δικαιωμάτων καθώς τα δικαιώματα συνδέονται στενά με την κοινωνική τάξη και θέση. Η ιδιωτική ασφάλιση και οι επαγγελματικές πρόσθετες παροχές παίζουν ασήμαντο ρόλο ενώ δίνεται έμφαση στην διατήρηση των διαφορών ως προς την κοινωνική θέση. Συνεπώς η αναδιανεμητική επίδραση του κράτους είναι αμελητέα. Έτσι σε αυτό το καθεστώς κράτους πρόνοιας το κράτος επεμβαίνει μόνο όταν η δυνατότητα της οικογένειας να συντηρεί τα μέλη της δεν επαρκεί καθώς υπάρχει ισχυρή δέσμευση για την διαφύλαξη της παραδοσιακής οικογένειας (Σταθόπουλος, 2005).

### **Σοσιαλδημοκρατικό κράτος πρόνοιας (Σκανδιναβικές χώρες)**

Η σοσιαλδημοκρατία υπήρξε η κυρίαρχη δύναμη της κοινωνικής μεταρρύθμισης. Επιδείχθηκε ένα κράτος πρόνοιας που θα προάγει την ισότητα των υψηλότερων επιπέδων και όχι μια ισότητα των ελάχιστων αναγκών. Για παράδειγμα, στο σοσιαλδημοκρατικό κράτος πρόνοιας εξασφαλίζεται στα εργατικά στρώματα πλήρης συμμετοχή στην ποιότητα των δικαιωμάτων που απολαμβάνουν οι ευκατάστατοι. Έτσι οι χειρώνακτες απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με εκείνα

των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα ή των δημόσιων υπαλλήλων (Στασινοπούλου, 1993).

Το συγκεκριμένο μοντέλο παραγκωνίζει την αγορά και οικοδομεί μια ουσιαστική καθολική αλληλεγγύη υπέρ του κράτους πρόνοιας κοινωνικοποιεί προκαταβολικά το κόστος της οικογενειακής υποστήριξης. Το ιδεώδες δεν είναι η μεγιστοποίηση της εξάρτησης από την οικογένεια αλλά η μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας του ατόμου (Στασινοπούλου, 1993).

#### **1.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στηρίζεται στην αλληλεπίδραση των εξής παραγόντων:

- Στην επικράτηση ιδεών και αρχών που προάγουν την ιδέα της ανάπτυξης της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους
- Στην οργάνωση του εργατικού κινήματος και στην διεκδίκηση βασικών αιτημάτων της εργατικής δύναμης, στα πλαίσια της ανάγκης για επίτευξη συναίνεσης και κοινωνικής ειρήνης.
- Στην επίδραση του κρατικού μηχανισμού και στον σημαντικό ρόλο των ανώτερων στελεχών
- Στον τον χαρακτήρα και την έκταση της κοινωνικής κρατικής παρέμβασης που έχει βιώσει ο πολίτης.

Στο καπιταλιστικό σύστημα και της λειτουργίας των οικονομικών δυνάμεων στα πλαίσια της αγοράς (Στασινοπούλου, 1993).

Με βάση λοιπόν αυτούς τους παράγοντες στο πλαίσιο του εθνικού κράτους δύο είναι τα επίπεδα άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, το κεντρικό και το τοπικό. Στο κεντρικό επίπεδο εντάσσονται τα όλα τα υπουργεία που είναι υπεύθυνα για την

άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα αυτά είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας αλλά και οι αρμόδιοι φορείς δημόσιου χαρακτήρα (π.χ. η κεντρική διοίκηση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης). Κύρια ευθύνη τους είναι ο καθορισμός των κύριων κατευθυντήριων γραμμών άσκησης της κοινωνικής πολιτικής αλλά και ο έλεγχος της πολιτικής αυτής (Means & Smith, 1998).

Στο τοπικό επίπεδο η κοινωνική πολιτική ασκείται κυρίως από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) κυρίως τους Δήμους και από την Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Για παράδειγμα, η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να σχεδιάζει και να αποφασίζει για την κοινωνική πολιτική που ασκεί, στα πλαίσια όμως των όσων ο νόμος ορίζει (π.χ. πληρωμή κοινωνικών επιδομάτων). Επιπλέον, οι Δήμοι αναπτύσσουν προγράμματα κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης για ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ), ευπαθείς πληθυσμούς, για νέους και ανέργους (Means & Smith, 1998).

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και η ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής τους. Εκτός από το κεντρικό και το τοπικό επίπεδο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής δεν πρέπει να λησμονήσουμε και το υπερεθνικό-παγκόσμιο επίπεδο. Σε αυτό το επίπεδο η κοινωνική πολιτική ασκείται από υπερεθνικούς και διεθνείς φορείς όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, ο ΟΟΣΑ και ο ΟΗΕ (Means & Smith, 1998).

## **1.5. Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο σχεδιασμός των πολιτικών αποτελεί πάντοτε αντικείμενο αρμοδιότητας των φορέων της κεντρικής διοίκησης, που υιοθετούν παρεμβάσεις με βάση τις παραδοσιακές γενικές αρχές στοχοθέτησης των προνοιακών πολιτικών: αρχή της επικουρικότητας και αρχή της εξατομίκευσης (Στασινοπούλου, 1993).

- i. Η αρχή της επικουρικότητας τυποποιεί την παρέμβαση των προνοιακών φορέων για την κάλυψη μόνο των αναγκών εκείνων, οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους. Ως συνέπειες εφαρμογής της καταγράφονται συνοπτικά οι ακόλουθες:

- Δεν επιτρέπεται η χορήγηση προνοιακών παροχών, όταν οι ανάγκες του ενδιαφερόμενου μπορούν να καλυφθούν εξ ίσου αποτελεσματικά από ένα φορέα κοινωνικής ασφάλισης, στο πλαίσιο λειτουργίας ενός συστήματος δημόσιας ασφάλισης.
  - Δεν επιτρέπεται η χορήγηση προνοιακών παροχών, όταν οι ανάγκες του ενδιαφερόμενου μπορούν να καλυφθούν από την απασχόληση ή τα περιουσιακά του στοιχεία (τραπεζικές καταθέσεις, αξιόγραφα, ακίνητα, δικαιώματα σε ακίνητα κα..)
  - Δεν επιτρέπεται η χορήγηση προνοιακών παροχών όταν οι ανάγκες του ενδιαφερόμενου μπορούν να καλυφθούν από άλλα μέλη της οικογένειάς του, ιδίως όταν αυτά έχουν υποχρέωση συντήρησής του (εδώ για παράδειγμα εντάσσεται το καθήκον διατροφής των γονέων απέναντι στα τέκνα τους), χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η αξιοπρέπειά τους.
  - Επιβάλλεται η διακοπή της χορήγησης προνοιακών παροχών όταν εξασφαλισθούν οι δυνατότητες κάλυψης των αναγκών του ενδιαφερόμενου από τον ίδιο ή/και την οικογένειά του (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005).
- ii. Η αρχή της εξατομίκευσης προσανατολίζει την ενεργοποίηση των φορέων της προνοιακής διοίκησης σε σχέση με την εξειδίκευση της ανάγκης των ενδιαφερομένων να ενταχθούν σε προγράμματα προστασίας. Η εφαρμογή της συμβάλλει ουσιαστικά στην τυποποίηση της κοινωνικής και οικονομικής ανάγκης, ύστερα από τη στάθμιση των επιθυμιών του ενδιαφερόμενου αναφορικά με τη μορφή και την έκταση της κοινωνικής κάλυψης. Από νομική άποψη, η κύρια συνέπεια της αρχής της εξατομίκευσης είναι ότι τα όργανα της διοίκησης δεσμεύονται να αιτιολογούν πλήρως τις αποφάσεις τους, όταν καθορίζουν την ανάγκη, τη μορφή και την έκταση κοινωνικής προστασίας. Κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας διαδικασίας υποχρεώνονται μάλιστα να λαμβάνουν υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες, οι οποίοι θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί για την ορθολογική προσαρμογή των προνοιακών μέτρων στις ιδιαίτερες περιστάσεις των εκάστοτε δικαιούχων (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005):
- την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου



- τη δυνατότητα του ατόμου να καλύψει την αντίστοιχη ανάγκη χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η αξιοπρέπειά του
- τα αίτια που έχουν οδηγήσει στην εμφάνιση ή παράταση της συγκεκριμένης ανάγκης
- την αποτελεσματική υποστήριξη του ατόμου, με τρόπο που θα αμβλύνει τις πιθανότητες κοινωνικού στιγματισμού στο ευρύτερο περιβάλλον του.

Εκτός, όμως, από τις παραπάνω παραδοσιακές γενικές αρχές σχεδιασμού προνοιακών πολιτικών, προωθούνται από αρκετά κράτη της Ευρωπαϊκής περιφέρειας προνοιακές πολιτικές που στηρίζονται επιχειρησιακά σε δύο νέες αρχές: αρχή της συνέργειας μεταξύ των πολιτικών φροντίδας και απασχόλησης και αρχή της ενεργοποίησης των κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων (Στασινοπούλου, 1993).

- i. **Η συνέργεια μεταξύ των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας και των πολιτικών απασχόλησης** αποτελεί μία γενική αρχή που συνδέεται με την οικονομική ένταξη των ληπτών προνοιακών παροχών / υπηρεσιών, όπως αυτή έχει μετασηματισθεί σε οργανωτικό επίπεδο μέσω της πρόβλεψης ενεργητικών μέτρων στα παραδοσιακά μοντέλα ελαχίστου εισοδήματος. Αρκετά εθνικά συστήματα προωθούν - ιδίως κατά τη διάρκεια μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων που φαίνεται ότι γίνονται αποδεκτές από τη κοινή γνώμη την ολοκληρωμένη υποστήριξη των προνοιακών ληπτών μέσω προγραμμάτων εξατομικευμένης προσέγγισης, συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, δια βίου μάθησης και επιδοτούμενης απασχόλησης, παρέχοντας κίνητρα για τη βελτίωση των δυνατοτήτων ένταξής τους στην αγορά εργασίας (Στασινοπούλου, 1993).
- ii. **Η ενεργοποίηση των κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων** είναι μία γενική αρχή που απορρέει από την ανάγκη ενσωμάτωσής τους στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό. Συνήθως, εξειδικεύεται μέσω διαφορετικών προσεγγίσεων που εμφανίζουν το κοινό χαρακτηριστικό της ενθάρρυνσης των δικαιούχων να εμπλακούν με δικές τους πρωτοβουλίες στις διαδικασίες απασχόλησης και κοινωνικής συμμετοχής. Όμως, την περίοδο αυτή αποκτά όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον η τυποποίηση των προϋποθέσεων

εφαρμογής παρόμοιων τεχνικών. Η σχετική συζήτηση αναδεικνύει, μάλιστα, ιδιαίτερα σημαντικές διαστάσεις που απασχολούν τους σχεδιαστές μέτρων ενεργοποίησης των αποκλεισμένων ατόμων (Στασινοπούλου, 1993):

- i. το πλαίσιο λειτουργίας των τεχνικών (οι τεχνικές ενεργοποίησης μπορούν είτε να ενταχθούν σε ένα ευρύτερο επίπεδο διαρθρωτικών πολιτικών για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, είτε να αποτελέσουν απλώς μηχανισμούς για τη διαχείριση των φαινομένων αυτών και την άμβλυνση των συνεπειών τους),
- ii. οι στρατηγικές προτεραιότητες των τεχνικών (οι τεχνικές αυτές εμπνέονται συνήθως από την ανάγκη προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των δικαιούχων· υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου η εισαγωγή τους απορρέει από αντιλήψεις περί κοινωνικού ελέγχου των προνοιακών δικαιούχων, οι οποίες επικεντρώνονται στην αναγκαιότητα αποτροπής ενδεχομένων καταχρήσεων των δημοσίων συστημάτων πρόνοιας από άτομα που δεν δικαιούνται να υπαχθούν στο προστατευτικό τους πλαίσιο),
- iii. η διάρκεια εφαρμογής των τεχνικών (εδώ, το κύριο ζήτημα εντοπίζεται στους προσανατολισμούς των μέτρων σε σχέση με την εξασφάλιση της ολοκληρωμένης ενσωμάτωσης των δικαιούχων ή απλώς την παροχή κινήτρων και ευκαιριών για συγκεκριμένη χρονική περίοδο) (Στασινοπούλου, 1993),
- iv. η φύση των τεχνικών (υποχρεωτική ή ελεύθερη επιλογή τους από τους λήπτες και τους ενδιαφερόμενους να ενταχθούν στο πεδίο εφαρμογής ενός προνοιακού συστήματος),
- v. οι συνέπειες εφαρμογής των τεχνικών (οι συνέπειες μπορούν να περιλαμβάνουν την εξασφάλιση νέων ευκαιριών και κινήτρων για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση αδυναμίας τήρησης των προβλεπόμενων προϋποθέσεων ή τη συνδυαστική εφαρμογή των δύο μοντέλων) και στ) τα εργαλεία εφαρμογής των τεχνικών (Στασινοπούλου, 1993).

## **1.6. ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ**

Η ισχυρή τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες κάθε σύγχρονου δημοκρατικού κράτους. Όσον αφορά, μάλιστα, το πεδίο της

κοινωνικής πρόνοιας, η συζήτηση για την αυξημένη παρέμβαση των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης επικεντρώνεται την περίοδο αυτή σε τρεις βασικούς άξονες, που αντιστοιχούν σε αντίστοιχα εμπειρικά δεδομένα (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005):

α) κατά το στάδιο σχεδιασμού προνοιακών πολιτικών από την κεντρική διοίκηση, η τοπική κοινωνία είναι η μόνη που μπορεί να καταγράψει άμεσα τις τοπικές ανάγκες και να προσφέρει στους σχεδιαστές της κεντρικής διοίκησης μία πλήρη εικόνα των προβλημάτων και των αναγκών ανά περιοχή (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005).

β) κατά το στάδιο της εφαρμογής προνοιακών πολιτικών, η τοπική κοινωνία μέσω των δομών της μπορεί να προσαρμόζει τα προγράμματα που υλοποιεί στις τοπικές ιδιομορφίες, ώστε να αποφεύγονται προβλήματα εκ των άνω ρύθμισης των κοινωνικών αναγκών (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005).

γ) κατά το στάδιο της πρόληψης των κοινωνικών προβλημάτων, η τοπική κοινωνία συμβάλει στην εμπέδωση της ενδυνάμωσης και της κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ ατόμου και ομάδας, ώστε κάθε πολίτης να αισθάνεται υπεύθυνος και ικανός να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών με την προσωπική ενεργητική του συμμετοχή (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005).

Τα πορίσματα της συζήτησης για το ρόλο των τοπικών κοινωνιών στον προνοιακό τομέα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η αποκέντρωση δεν είναι μία ουδέτερη πολιτικά διαδικασία, καθώς η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από την πολιτική βούληση της εκάστοτε κυβέρνησης αλλά και από τις συνθήκες που διέπουν την ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Ειδικότερα, η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει ότι η αποκέντρωση έχει λειτουργήσει εντελώς διαφορετικά ανάλογα με το ιστορικό παρελθόν, την πολιτική εξέλιξη, τις κοινωνικές δομές και την οικονομική κατάσταση κάθε χώρας (Σταθόπουλος, 2005).

## **1.7. ΟΙ ΝΕΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ**

Οι νέες προκλήσεις των προνοιακών πολιτικών την περίοδο 2007 – 2013 εντοπίζονται στην προώθηση της ορθολογικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του

πληθυσμού μέσω ενεργητικών πολιτικών και την βελτίωση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων πρόληψης και ανοικτής φροντίδας, ώστε να ανταποκριθούν έγκαιρα στους κινδύνους που συνεπάγεται για την Ελληνική κοινωνία αφενός η εξέλιξη της δημογραφικής πυραμίδας και αφετέρου η εμφάνιση φαινομένων εισοδηματικής φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, τα οποία δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά από τα οικογενειακά δίκτυα φροντίδας και δεν πρέπει να «παραπεμφθούν» μονόπλευρα στην οικονομία της αγοράς (δραστηριοποίηση ιδιωτικών επιχειρήσεων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας) ή την «φιλανθρωπική παρεμβατικότητα» οργανωμένων ΜΚΟ (Σταθόπουλος, 2005).

#### A. Η εξέλιξη της δημογραφικής πυραμίδας

Το δημογραφικό πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο στην Ελλάδα, καθώς η χώρα παρουσιάζει φθίνοντα ρυθμό αύξησης του πληθυσμού (2,9% έναντι 6,1% του μέσου όρου της ΕΕ των 15 το 2004), ενώ εξαιτίας της πτώσης των ποσοστών γονιμότητας και θνησιμότητας, ο πληθυσμός εργάσιμης ηλικίας γηράσκει με ταχύ ρυθμό. Από την άλλη πλευρά, ο πληθυσμός των νέων ηλικίας 15-24 ετών αναμένεται να μειωθεί έως και 26% το 2015. Αντίθετα, ο πληθυσμός ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (55-64) αναμένεται να αυξηθεί κατά 13% την ίδια περίοδο, ενώ για τα άτομα άνω των 65 ετών προβλέπεται ακόμα μεγαλύτερη αύξηση.

Ο δείκτης συνολικής γονιμότητας (συνολικός αριθμός παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας) αντιστοιχεί σε 1,27 παιδιά ανά γυναίκα (2004), ενώ ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων (μερίδιο των ατόμων άνω των 65 ετών στον πληθυσμό εργάσιμης ηλικίας 15-64 ετών) είναι ήδη 26,4% (2004) και αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά έως το 2015, με αποτέλεσμα στην ολοκλήρωση της περιόδου προγραμματισμού 2007-2013 η Ελλάδα να παρουσιάζει τιμές στο δείκτη εξάρτησης από τις υψηλότερες στην ΕΕ, με επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της οικονομικής και κοινωνικής ζωής (π.χ. βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, συνέπειες στο σύστημα υγείας, στο εκπαιδευτικό σύστημα, στην αγορά εργασίας κλπ) (Στασινοπούλου, 1993).

Οι συνέπειες του φαινόμενου της γήρανσης του πληθυσμού αναμένεται να είναι ιδιαίτερα αισθητές στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος, καθώς θα αυξηθεί η ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας και στήριξης είτε από τους ίδιους τους ηλικιωμένους, είτε από μέλη των οικογενειών τους που αναλαμβάνουν την φροντίδα

τους (οικογενειακοί φροντιστές). Παράλληλα, θα δημιουργηθούν νέες απαιτήσεις συμμετοχής ιδίως των ηλικιωμένων που ζουν στις αστικές περιοχές στην κοινωνική ζωή, που επιβάλλουν εκτός των άλλων την αξιοποίηση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας από τους φορείς του δημόσιου τομέα (Στασινοπούλου, 1993).

Στο πλαίσιο αυτό, καθίσταται αναγκαία η υιοθέτηση ενός σύνθετου πλέγματος προνοιακών πολιτικών, που περιλαμβάνουν:

- πολιτικές για τη συμφιλίωση του επαγγελματικού βίου με την οικογενειακή ζωή που θα συμβάλλουν σε υψηλότερα ποσοστά γεννητικότητας και συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας (πολιτικές ανοικτής και κλειστής φροντίδας εξαρτωμένων μελών, οικογενειακές πολιτικές).
- πολιτικές για την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των αλλοδαπών στην Ελλάδα (πολιτικές κοινωνικής φροντίδας και ένταξης μεταναστών και προσφύγων), που επηρεάζουν τις τάσεις σταδιακής συρρίκνωσης του πληθυσμού.

πολιτικές ένταξης ανενεργών ομάδων του πληθυσμού στην επαγγελματική ζωή (προετοιμασία και προώθηση της ένταξης στην αγορά εργασίας επιδοτούμενων νεαρής ηλικίας από το προνοιακό σύστημα μέσω πολιτικών ενίσχυσης του εργασιακού τους ήθους και ανάπτυξης της επιχειρηματικότητάς τους) (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005).

## B. Η ανάπτυξη φαινομένων φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού

Η σταθερή εδώ και χρόνια ανισότητα της κατανομής του εισοδήματος στην Ελλάδα (6,6 το 2003) 59 , όπως και σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, είναι εντονότερη από το μέσο όρο της ΕΕ, ενώ η διαχρονική εξέταση του δείκτη επιβεβαιώνει την τάση διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων. Επιπλέον, τα ποσοστά σχετικής φτώχειας 60 εξακολουθούν να κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα (σταθερά πάνω από το 20%) παρά τις υψηλές σχετικά δαπάνες κοινωνικής προστασίας. Η φτώχεια πλήττει κυρίως άτομα που κατοικούν στην ύπαιθρο (42,1%), ενώ υψηλά ποσοστά καταμετρώνται στις μονογονεϊκές οικογένειες, στις πολύτεκνες οικογένειες,

στα ζευγάρια ηλικιωμένων, στους ανέργους και τους συνταξιούχους (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκης, 2005)

Τα νοικοκυριά σε κίνδυνο φτώχειας εκτιμώνται σε 832.456 και τα μέλη τους σε 2.088.701 άτομα, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ για το 2004. Από την έρευνα προκύπτει ότι το 19,6% του πληθυσμού της χώρας διέμενε το 2004 σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα έναντι του αντίστοιχου ποσοστού 19,9% το 2003. Το ποσοστό κινδύνου οικονομικής επισφάλειας είναι υψηλότερο στις γυναίκες (20,9%) σε σχέση με τους άνδρες (18,3%), ενώ ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών υπολογίζεται σε 27,9% και για τα άτομα ηλικίας 16 έως 24 ετών σε 22,7%.

([http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39\\_politikes\\_koinwnikhs\\_pronoias.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39_politikes_koinwnikhs_pronoias.pdf))

Τα νοικοκυριά που διαμένουν σε ιδιόκτητη κατοικία, απειλούνται από οικονομική επισφάλεια κατά 20%, ενώ αυτά που διαμένουν σε ενοικιαζόμενη κατοικία κατά 17,9%. Ο κίνδυνος οικονομικής επισφάλειας των νοικοκυριών με εξαρτώμενα παιδιά και χωρίς εργαζόμενα μέλη ανέρχεται σε 53,9%, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης για νοικοκυριά χωρίς παιδιά και χωρίς εργαζόμενα μέλη ανέρχεται σε 27,6%. Επισημαίνεται, μάλιστα, ότι τα μέλη των νοικοκυριών που διαμένουν σε αραιοκατοικημένες περιοχές, απειλούνται από τη φτώχεια περισσότερο από αυτά που διαμένουν σε πυκνοκατοικημένες και ενδιάμεσης πυκνότητας περιοχές.

([http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39\\_politikes\\_koinwnikhs\\_pronoias.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39_politikes_koinwnikhs_pronoias.pdf))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα γηρατειά είναι η εποχή της δύσης της ζωής του ανθρώπου. Ο ηλικιωμένος άνθρωπος κοιτάζει προς τα πίσω να θυμηθεί όλες τις λεπτομέρειες της ζωής του και κάνει τον απολογισμό του. Συνήθως αισθάνεται μελαγχολία γι' αυτά που δεν πρόκειται να ξανάρθουν κι άλλοτε πανικοβάλλεται γιατί δεν πρόλαβε όλα εκείνα που ήθελε να κάνει. Για πολλούς ανθρώπους τα γηρατειά είναι η υποδούλωση μιας ψυχής που θέλει να ζήσει, να ονειρευτεί, να εκφραστεί και που εμποδίζεται από το κουρασμένο και γερασμένο σώμα. Όταν είσαι νέος δε σκέφτεσαι το θάνατο, είναι σαν να αγνοείς ότι υπάρχει, ηθελημένα ή εκούσια. Ακόμη περισσότερο, δεν συνειδητοποιείς ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες πιθανότητες να γεράσεις (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Οι άνθρωποι, που αισθάνονται ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και πως δεν σπαταλήθηκε, νιώθουν εσωτερική πληρότητα, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν, και αντιδρούν θετικά. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα πλεονεκτήματά που έχει να τους προσφέρει αυτό το στάδιο της ζωής τους. Είναι η εποχή που ο άνθρωπος, έχοντας τη σοφία της ζωής, μπορεί να δει τον κόσμο με άλλα μάτια, να χαρεί και να δώσει σημασία σε απλά πράγματα που οι νέοι παραβλέπουν και που δεν έχουν ακόμη την ωριμότητα που χρειάζεται για να τα εκτιμήσουν. Πολλοί, μέχρι τότε, έχουν αποκτήσει και εγγόνια, πράγμα που, για τους περισσότερους, είναι η μεγαλύτερη χαρά και νιώθουν ότι τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία αφού, συνήθως, όσο είναι νέοι, οι άνθρωποι παραπονιούνται ότι δε βρίσκουν το χρόνο που θα ήθελαν να αφιερώσουν στα παιδιά τους, είτε γιατί τους απασχολούν προβλήματα κυρίως επιβίωσης, είτε γιατί κυνηγούν προσωπικές φιλοδοξίες. Τώρα μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν, δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους (Τεπέρογλου, 2004).

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν επίσης τη δυνατότητα, λόγω του ελεύθερου χρόνου που πλέον διαθέτουν, να ασχοληθούν με πράγματα καινούρια και να

δημιουργήσουν σε όποιον τομέα επιλέξουν ανενόχλητοι. Τότε σπεύδουν να τα προλάβουν όλα! Συνήθως, μάλιστα, παρόλο που το σώμα δε βοηθάει και παρόλη την κούραση τους, έχουν την τάση να μην μπορούν να σταθούν για ένα λεπτό χωρίς να ασχολούνται με κάτι, ακριβώς όπως κάνουν και τα παιδιά. Αντίθετα όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία αλλά τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους στηρίζονταν στην ματαιοδοξία τους και στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη, όταν τα χάσουν αυτά, αδυνατούν να ψάξουν και να βρουν μέσα τους την ομορφιά και τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο. Έτσι αυτό που βγάζουν προς τα έξω είναι ή αντιαισθητικό ή μια εικόνα που προκαλεί λύπηση. Τότε σπαταλούν το χρόνο τους γκρινιάζοντας ή δηλώνοντας παραίτηση από τη ζωή (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Πολλοί βυθίζονται στην ανία και αφήνουν τον εαυτό τους να χαθεί αφού δε μπορούν να συμβιβαστούν με την τωρινή τους εικόνα. Αυτό περισσότερο παρατηρείται στους άνδρες. Δεν είναι τυχαίο πως στα σαράντα περίπου, μόλις δηλαδή αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι γερνάνε, περνούν οι περισσότεροι κρίση ηλικίας, έχουν τάσεις φυγής και συμπεριφέρονται σαν έφηβοι. Ένα ακόμη ενδιαφέρον για παρατήρηση και πολλές φορές κωμικό γεγονός είναι πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν συχνά τάσεις παλιμπαιδισμού και η συμπεριφορά τους μοιάζει με αυτή που είχαν όταν ήταν παιδιά. Παραπονιούνται πολύ και επιζητούν έντονα και κάποιες φορές επιτακτικά την προσοχή των άλλων. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει επειδή γίνονται ανασφαλείς ή επειδή αισθάνονται ότι παραγκωνίζονται. Πρέπει να έχει κανείς υπομονή μαζί τους όπως ακριβώς όταν έχει να κάνει με ένα μικρό παιδί. Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους. Είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε και πέθαινε στο σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του, τριγυρισμένος από εγγόνια (Τεπέρογλου, 2004).

Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειές τους ζούσαν μαζί με τους γονείς. Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που, τις περισσότερες φορές, βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμη και σε άλλη πόλη. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προ μερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν, είναι πιο έντονη. Δυστυχώς



σήμερα, όταν ο ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας, τα παιδιά τους, συχνά, ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους, τους απομακρύνουν και, στην καλύτερη περίπτωση, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν (Τεπέρογλου, 2004).

Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέρους γονείς και, απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν γι' αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη, τόση που συχνά δεν μπορούν να αντέξουν. Ας μην ξεχνάμε πως η μοναξιά είναι ο μεγαλύτερος φόβος των περισσότερων από εμάς, μικρών και μεγάλων. Οι μεγάλοι άνθρωποι σίγουρα αξίζουν μια καλύτερη τύχη απ' αυτό και είναι πραγματικά κρίμα να νιώθουν αυτή την αδικία στο τέλος της ζωής τους και να αισθάνονται ότι οι δικοί τους άνθρωποι τους θεωρούν βάρος και πως δεν έχουν πια καμία χρησιμότητα γι' αυτούς. Δυστυχώς λίγα μπορούν να γίνουν. Αυτό που πρέπει όμως όλοι να μην ξεχνάμε, είναι να επισκεπτόμαστε τους ηλικιωμένους. Να τους δείχνουμε ότι δεν τους ξεχνάμε, ότι τους αγαπάμε και τους χρειαζόμαστε.

<http://healthyworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/f4beebea0dd6c190c/acc1fc2a7746c567/aef26bbca340bfec.html>

## **2.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ**

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού και οι επιπτώσεις του στην κοινωνία, στην οικονομία, στην κοινωνική ασφάλιση και τις υπηρεσίες υγείας, έχει επισημανθεί με έμφαση και από μακρού, από την επιστημονική κοινότητα και του διεθνείς οργανισμούς (World Health Organization(WHO), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), European Union (EU)). Παρά το γεγονός αυτό, οι αναγκαίες πολιτικές για την αντιμετώπισή του έχουν αποδειχτεί μερικού και αποσπασματικού χαρακτήρα και ως εκ τούτου ατελέσφορες. Όμως οι επιδράσεις της δημογραφικής γήρανσης εξακολουθούν να διευρύνονται και

να επιδεινώνονται με δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη, στην ανανέωση της αγοράς εργασίας, στην ισορροπία των προϋπολογισμών της κοινωνικής ασφάλισης και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης (Έμκε – Πουλοπούλου, 1991).

Είναι ευρέως γνωστή και επαρκώς τεκμηριωμένη η θέση ότι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού συνιστά το αναγκαστικό αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις διαθέσιμες στατιστικές σειρές διεθνών οργανισμών (World Health Organization(WHO), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), European Union(EU)) το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες -κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Παράλληλα, οι δείκτες γονιμότητας βρίσκονται σε δραματική πτώση στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και κυμαίνονται σήμερα στο 1,6 ανά γυναίκα (σαφώς μικρότερο του 2,1, το οποίο αποτελεί κρίσιμο μέγεθος για την πληθυσμιακή σταθερότητα), ενώ ανάλογες τάσεις παρατηρούνται και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατά συνέπεια, στη χώρα μας, για παράδειγμα, το τμήμα του πληθυσμού άνω των 65 ετών διογκώνεται ούτως ώστε από 17,5% σήμερα, να υπερβεί το 22% το 2020 και να προσεγγίσει το 35% το 2050. Πρόκειται για φαινόμενα μείζονος δομικού χαρακτήρα, τα οποία επιδρούν στο σύνολο του κοινωνικού και οικονομικού βίου και απαιτούν απαντήσεις διαρθρωτικής φύσης μεγάλης κλίμακας (Έμκε – Πουλοπούλου, 1991).

Στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, η δημογραφική γήρανση έχει πολλαπλές και δραματικές επιπτώσεις: στο επίπεδο υγείας και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, στην ασφαλιστική κάλυψη και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης (Μαλικιώση – Λοϊζου, 2003).

Είναι γνωστό ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο επιδημιολογικό και νοσολογικό πρότυπο με επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων (ισχαιμική καρδιοπάθεια, διαβήτης, υπέρταση, νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου, νεοπλάσματα), τα οποία αφενός έχουν μεγάλο χρόνο επώασης για να αναδειχθούν στην ύστερη μέση και τρίτη ηλικία και αφετέρου εμφανίζουν μακροχρόνια διαδρομή, στη διάρκεια της οποίας η ιατρική

παρακολούθηση και η θεραπευτική αγωγή οφείλει να είναι διαρκής, μακρά και δαπανηρή (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2003).

Η διατύπωση αυτή είναι αληθής και πραγματική και παραπέμπει στη μεγάλη αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, ούτως ώστε το τμήμα του πληθυσμού άνω των 65 ετών να έχει υψηλότερη κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας (3.0:1 έως 4.1:1) σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση ή/και ακόμα σε σύγκριση με την ιατρική κατανάλωση του πληθυσμού 0-65 ετών (5.0:1 έως 8.0:1) (Εμκε – Πουλοπούλου, 1991).

Συμπερασματικά, η δημογραφική γήρανση σε συνδυασμό με την υψηλή επίπτωση των χρόνιων νοσημάτων αλλά και την ανεξέλεγκτη χρήση της υψηλής βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας απαιτεί πρόσθετη δαπάνη και δεσμεύει σπάνιους υγειονομικούς πόρους (Εμκε – Πουλοπούλου, 1991).

Υπό το πρίσμα αυτό, είναι προφανές ότι η δυνατότητα πλήρους και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού τίθεται σε επανεξέταση, δεδομένου ότι η προκαλούμενη ανισορροπία στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών σχημάτων σε συνδυασμό με τις αλλαγές στην οργάνωση της παραγωγής και την αγορά εργασίας αναδεικνύουν το ζήτημα σε πρώτιστο πρόβλημα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, το οποίο επιδεινώνεται διαρκώς εξαιτίας της μη ορθολογικής χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και τη μονοπωλιακή παρουσία στις υγειονομικές αγορές του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Η συνδυαστική δράση των φαινομένων αυτών έχει προκαλέσει εκρηκτική διόγκωση του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών εξαιτίας της σημαντικής αύξησης της τελικής ιατρικής κατανάλωσης και της ανόδου των τιμών και ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών (εισαγωγή και διάχυση τεχνολογίας).

([http://www.enthesis.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6](http://www.enthesis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6))

Όπως είναι προφανές οι μεταβολές στη δημογραφική δομή θέτουν κρίσιμα ερωτήματα για την οικονομική και κοινωνική πολιτική -και ιδιαίτερα για την ασφάλιση υγείας και τις πολιτικές υγείας. Η απάντηση στα ζητήματα αυτά, ιδίως στον παραγωγικό σχηματισμό και την αγορά εργασίας, προσδιορίζεται από το ευρύτερο πλαίσιο της οικονομίας και της πολιτικής σε διεθνή κλίμακα. Όμως το μείζον ζήτημα εντοπίζεται στην κοινωνική πολιτική, δεδομένου ότι ιστορικά

το παραδοσιακό «κράτος πρόνοιας» συνιστά ένα σύστημα διαγενεακής και ενδοοικογενειακής μεταβίβασης πόρων στη βάση ενός είδους «κοινωνικού συμβολαίου» μεταξύ των γενεών. Η δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις της θέτουν σε επαναδιαπραγμάτευση τους όρους του συμβολαίου αυτού και κατευθύνουν προς την ανάγκη μειζόνων διαρθρωτικών αλλαγών, οι οποίες συνδέουν την οικονομία και την κοινωνική πολιτική με την αγορά εργασίας και τις πληθυσμιακές πολιτικές. Ειδικότερα, στον υγειονομικό τομέα, η διεθνής εμπειρία έδειξε την αναγκαιότητα επαναπροσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση ελέγχου της μονοπωλιακής δύναμης του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος με την επιβολή κανόνων στην πλευρά της προσφοράς και ταυτόχρονα την ενδυνάμωση της πλευράς της ζήτησης και της ασφάλισης υγείας, ώστε να επιτευχθεί η αναγκαία χρηματοοικονομική ισορροπία και η διανεμητική δικαιοσύνη – προαπαιτούμενα για την επίτευξη της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας.

([http://www.enthesis.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6](http://www.enthesis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6))

## **2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **2.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα πιο χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων τα οποία προκύπτουν είτε μεμονωμένα, είτε περισσότερα εντάσσονται στις εξής κατηγορίες:

- Ø Διαταραχές ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών.
- Ø Κακώσεις λόγω πτώσεων. Απώλεια κινητικότητας.
- Ø Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια.
- Ø Ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Ιατρογενή προβλήματα (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Η μεγαλύτερη θνησιμότητα στην Τρίτη ηλικία προέρχεται από καρδιαγγειακά εκφυλιστικά νοσήματα. Ακολουθεί ο καρκίνος και οι διάφορες εκφυλιστικές αρθροπάθειες, οι νόσοι του αίματος, οι παθήσεις των πνευμόνων, οι νόσοι των οφθαλμών, οι νεφρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι παθήσεις του προστάτη κ.α. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

## **Κατανομή των παθήσεων που εμφανίζονται συχνότερα:**

### **i. Ουροποιητικό σύστημα**

1. Νεφρίτις
2. Πυελίτις, πυελονεφρίτις, κυστίτις
3. Λιθιάσεις (νεφρών, ουρητήρων, κύστεως)
4. Νόσοι του προστάτη (υπερτροφία, αδένωμα, καρκίνος)
5. Νόσοι της ουρήθρας (εκφυλιστική ουρηθρίτις, σκλήρυνση του πέους, λευκοπλασία του αιδοίου κ.ά.)

### **ii. Πεπτικό σύστημα**

1. Νόσοι του οισοφάγου (καρκίνος, ανεύρυσμα)
2. Νόσοι του στομάχου (γαστρίτις, έλκος, διαφραγματοκήλη)
3. Νόσοι του εντέρου (κολίτις, εκκόλπωμα του εντέρου, καρκίνος, αιμορροΐδες, πρόπτωση του ορθού κ.ά.)
4. Νόσοι του ήπατος και των χοληφόρων οδών (ηπατίτις, κίρρωσις, χολοκυστοπάθεια, ίκτερος, χολολιθίαση, καρκίνος ήπατος και χοληφόρων οδών κ.ά.)

### **iii. Κυκλοφορικό σύστημα**

1. Καρδιακή ανεπάρκεια
2. Σκληρυντική μυοκαρδίτις
3. Ενδοκαρδίτις
4. Περικαρδίτις
5. Αρτηριοσκλήρυνση
6. Υπέρταση και υπόταση
7. Αορτίτις
8. Παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων
9. Ανεύρυσμα της αορτής και των στεφανιαίων αγγείων
10. Εμβολές κ.ά.

### **iv. Νευρικό σύστημα**

1. Εγκεφαλοπάθειες (θρόμβωση, εμβολή, αγγειοσπασμός, αιμορραγίες κ.λπ.)
2. Εγκεφαλική αναιμία ή υπεραιμία
3. Νόσος του Alzheimer

4. Νόσος του Parkinson
5. Ψυχονευρωτικές διαταραχές κ.ά.

v. **Αναπνευστικό σύστημα**

1. Εμφύσημα
2. Βρογχοπνευμονοπάθειες
3. Άσθμα
4. Πνευμονικό οίδημα
5. Καρκίνος πνεύμονος, βρόγχων και λάρυγγος
6. Φυματίωση

vi. **Μυοσκελετικό σύστημα**

1. Αρθρίτις
2. Οστεοπόρωση
3. Σπονδυλαρθρώσεις
4. Κακώσεις λόγω πτώσεων και άλλων ατυχημάτων

vii. **Σύστημα αισθητήριων οργάνων**

1. Νόσοι των οφθαλμών (γλαύκωμα, καταρράκτης, γεροντότοξο, σκληρυντικές αλλοιώσεις των αγγείων του βυθού κ.ά.)
2. Νόσοι των ώτων (εκφυλιστικές αλλοιώσεις αγγείων, αγκύλωση των οσταρίων, σκληρωτικές εξεργασίες του τυμπάνου κ.ά.)
3. Νόσοι της ρινός (ατροφική ρινίτις)
4. Έκπτωση της γευστικής ικανότητας (Αμηρά, Γεωργιάδου & Τεπέρογλου 1986)

viii. **Ενδοκρινικό σύστημα**

1. Νόσοι θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, αδένωμα, κύστεις, καρκίνος)
2. Νόσοι γεννητικών αδένων (ατροφία, ενδοκρινική ανεπάρκεια κ.ά.)
3. Νόσοι επινεφριδίων  
(Αμηρά, Γεωργιάδου & Τεπέρογλου 1986)

### **2.3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Ένα μεγάλο μέρος των υπερηλίκων συχνά εμφανίζει ψυχολογικές διαταραχές, με διαφορετική, κατά περίπτωση, ένταση η οποία και αυξάνει με το πέρασμα του χρόνου. Σε αυτό το προχωρημένο στάδιο της ηλικίας τους τα άτομα δεν δύνανται, με την ίδια ευκολία όπως στο παρελθόν, να αντιληφθούν και να ανταποκριθούν σε πιο σύνθετα για αυτούς ερεθίσματα, για τα οποία απαιτείται άμεση αντίδραση και ταυτόχρονα λήψη απόφασης. Για το λόγο αυτό, πραγματοποιούν συνήθως μόνο δραστηριότητες που απαιτούν σε μικρότερο βαθμό εγκεφαλική λειτουργία. Συνήθως υφίστανται διαταραχή της πρόσφατης μνήμης τους πράγμα που σημαίνει ότι δυσκολεύονται να θυμηθούν ακόμα και πολύ πρόσφατα γεγονότα αλλά και τους δυσκολεύει στο να εκτελούν τις καθημερινές ασχολίες τους. Ακόμη, έχοντας την τάση να χρησιμοποιούν τυποποιημένες αντιδράσεις για εξωτερικά γεγονότα προκαλεί πρόβλημα τόσο στις προσωπικές τους σχέσεις όσο και στο ζήτημα της συνύπαρξης και συμβίωσης με άτομα νεαρής ηλικίας (Αμηνά, Γεωργιάδου & Τεπέρογλου, 1986).

Ο τρόπος ο οποίος μεταβάλλονται τα συναισθήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι ένα αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και είναι η κατάσταση της υγείας, η κοινωνική θέση, οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, οι φιλοσοφικές θέσεις για τη ζωή, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.ά. Θα πρέπει, τέλος, να επισημάνουμε πως οι μεταπτώσεις στην ψυχολογία των υπερηλίκων παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα, στο οποίο η μια άκρη του περιλαμβάνει τη σοφία, την πείρα και την συντηρητικότητα ενώ η άλλη περιλαμβάνει την παθολογική κατάσταση της γεροντικής άνοιας (Αμηνά, Γεωργιάδου & Τεπέρογλου, 1986).

### **2.3.3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Οι περισσότεροι υπερηλίκες αντιμετωπίζουν τουλάχιστον μια χρόνια παθολογική κατάσταση, η οποία συνοδευόμενη με ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να επιδεινωθεί. Ταυτόχρονα τα φάρμακα που θα χορηγηθούν για να αντιμετωπιστεί η ασθένεια μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε ψυχιατρικά σύνδρομα. Επίσης τα ψυχοφάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν κάποιο παθολογικό πρόβλημα (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Τα ψυχιατρικά – νευρολογικά σύνδρομα που παρατηρούνται σε άτομα της τρίτης ηλικίας είναι τα εξής:

- Ø Άγχος
- Ø Συναισθηματικές ψυχώσεις
- Ø Παραλήρημα
- Ø Σχιζοφρένεια
- Ø Γεροντική άνοια τύπου Alzheimer

Ορισμένα από τα παραπάνω σύνδρομα αντιμετωπίζονται με ψυχοφάρμακα ενώ κάποια άλλα με ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται συστηματικά και πιο συχνά απ ότι στο παρελθόν (Παπαδάκης, 2009).

## **2.4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Οι ανάγκες των ανθρώπων παρουσιάζουν, ανεξαρτήτως ηλικίας, αρκετές ομοιότητες. Παρουσιάζουν όμως και αρκετές διαφορές οι οποίες βρίσκουν εξήγηση στην διαφορά της ηλικίας αλλά, κυρίως, στα βιώματα που έχουν οι ηλικιωμένοι στην διάρκεια της ζωής τους. Έτσι, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας ταυτίζονται με συγκεκριμένες ανάγκες, η ικανοποίηση των οποίων θα προσφέρει χρησιμότητα και ευχαρίστηση σε αυτή την περίοδο της ζωής τους. Ένα παράδειγμα είναι η ανάγκη αυτών των ανθρώπων για ένα καθαρό και πολιτισμένο περιβάλλον, μέσα από το οποίο θα έχουν την δυνατότητα να διατηρούν την ατομική τους καθαριότητα και να έχουν ένα ανθρώπινο επίπεδο διαβίωσης. Παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, η οποία αποτελεί και τη βασικότερη προϋπόθεση για να έχει ο ηλικιωμένος το δικαίωμα σε μια αξιοπρεπή διαβίωση και για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων έχει την ανάγκη για εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού εισοδήματος (Σταθόπουλος, 2005).

## **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:**

Η ένταξη ενός ατόμου στην κοινωνία επηρεάζει σε πολύ σημαντικό την υγεία του ατόμου. Έτσι και η συμμετοχή των ατόμων που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία σε κάθε λογής δραστηριότητα της οικογένειας αλλά και κοινωνικών ομάδων στις οποίες



πιθανόν να ανήκουν μειώνει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Παπαδάκης, 2009).

Υπάρχουν τρεις βασικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες που σχετίζονται με το κοινωνικό πλαίσιο:

- Η ανάγκη για διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου,
- Η ανάγκη για συνέχεια ,δηλαδή η ανάγκη για διατήρηση της κοινωνικής μας συνέχειας μέσα στην οποία όλοι ζούμε και πεθαίνουμε,
- Η ανάγκη για αποτελεσματικότητα, η ικανότητα δηλαδή, να μπορεί κάποιος να επηρεάζει το περιβάλλον του, να επιφέρει αλλαγές (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Μια από τις πιο σημαντικές ανάγκες των ηλικιωμένων, αυτή της συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, συχνά μένει ακάλυπτη. Η αιτία για την οποία συμβαίνει αυτό μπορεί να βρίσκεται στον ίδιο τον ηλικιωμένο. Είτε να υπάρχει επιθυμία απόσυρσης από τα δρώμενα της κοινότητας, είτε υπάρχουν αντικειμενικές δυσκολίες όπως η αδυναμία μετακίνησης ή επικοινωνίας με τους γύρω. Πολύ σημαντικός είναι επίσης και ο ρόλος της κοινωνίας και η στάση που αυτή θα τηρήσει απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα (Σταθόπουλος, 2005).

#### **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:**

Λόγο των αλλαγών που υφίστανται τα ηλικιωμένα άτομα και οφείλονται στην ηλικία αλλά και στα όσα έχουν ζήσει τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους έχουν ανάγκη από ζεστασιά, αγάπη, στοργή.

Σαν μοναδική τους επιθυμία προβάλλουν το να παραμένουν στο σπίτι καθώς αισθάνονται την ανάγκη να βρίσκονται συνεχώς κοντά στις οικογένειές τους, χωρίς όμως να θέλουν να αισθάνονται βάρος σε αυτούς.

Επιθυμούν να αισθάνονται απαραίτητοι, ότι ανήκουν σε ένα κοινωνικό σύνολο, και πως καθορίζουν και τις εξελίξεις στα γεγονότα που συμμετέχουν δημιουργικά. Θα ήθελαν οι υπόλοιποι να σέβονται την ελευθερία τους και να τους δίνεται η δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο έχοντας αυτοσεβασμό και αυτονομία (Σταθόπουλος, 2005).

Αυτό είναι και το πιο σημαντικό πράγμα για έναν ηλικιωμένο, να αισθάνεται πως είναι συναισθηματικά αποδεκτός από τους άλλους και να μπορεί να ενσωματωθεί στην οικογένεια κατ' αρχήν και στην κοινωνία εν συνεχεία. Οι αλλαγές που φέρνει ο χρόνος στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι κυρίως αλλαγές στους ρόλους που έχουν μέσα στην ομάδα ατόμων, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την συναισθηματική τους κατάσταση. Η προσαρμογή και αποδοτικότητα του ηλικιωμένου στο νέο του ρόλο δεν είναι ίδια για το σύνολο των ηλικιωμένων. Τα δεδομένα αλλάζουν από άτομα σε άτομα και η κυριότερη διαφοροποίηση παρουσιάζεται ανάλογα με το φύλο του ατόμου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες θα προσαρμοστούν πιο εύκολα, αφού συνταξιοδοτηθούν, στα νέα δεδομένα καθώς είτε εργάζονταν είτε όχι διεκπεραιώναν τις δουλειές του σπιτιού πράγμα που εξακολουθεί να συμβαίνει ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Αντίθετα οι άνδρες δυσκολεύονται να συνηθίσουν τα νέα δεδομένα καθώς με την απώλεια της δουλειάς τους αισθάνονται ότι μειώνεται το γόητρο τους (Σταθόπουλος, 2005).

#### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:**

Λέγεται πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν λιγότερες ανάγκες και έχουν μικρότερη απαίτηση σε χρήματα για να ζήσουν. Αυτό βέβαια δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα αφού μπορεί μεν κάποιες από τις δαπάνες των ανθρώπων αυτών να μειώνονται όσο περνούν τα χρόνια, εμφανίζονται όμως άλλες που έχουν σαν αιτία τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτής της ηλικίας και η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολυδάπανη (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Η σύνταξη είναι η κύρια (για πολλούς η μοναδική) πηγή εσόδων των ηλικιωμένων. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της σύνταξης είναι η ηλικία στην οποία θα συνταξιοδοτηθεί κάποιος, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια για τα οποία έχει ασφαλιστεί σαν εργαζόμενος, καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση. Τα έσοδα του συνταξιούχου από την σύνταξή του είναι μικρότερα από τα αντίστοιχα των τελευταίων ετών κατά τα οποία αποτελούσε ενεργό εργατικό δυναμικό. Ιδιαίτερο πρόβλημα αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένες γυναίκες που πιο παλιά δεν εργάζονταν, ενώ παράλληλα δεν είχαν και την δυνατότητα να σπουδάσουν λόγω κοινωνικών συνθηκών (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την διαβίωση των ηλικιωμένων είναι και το «κουμάντο» που έχουν κάνει στα οικονομικά τους τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους. Όμως και αυτό δεν είναι πάντα ικανό να συμβάλει στην ομαλή διαβίωση τους αφού λόγω πληθωριστικών τάσεων αυτό μειώνεται σημαντικά (Σταθόπουλος, 2005).

Ως προς την κατεύθυνση της λύσης του οικονομικού προβλήματος των ηλικιωμένων συμβάλλουν, όπου είναι δυνατό, και τα παιδιά τους. Υπάρχει βέβαια και ένας αριθμός παιδιών που είτε δεν έχουν τη δυνατότητα, είτε τη θέληση να συμβάλλουν ενώ υπάρχει και η περίπτωση να μην υπάρχουν παιδιά. Υπάρχουν, τέλος, πολλές και μεγάλες ανισότητες μεταξύ του ηλικιωμένου πληθυσμού. Μπορεί κανείς να ξεχωρίσει μερικούς από τους πιο εύπορους ανθρώπους της χώρας, πολλούς από τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα και πάρα πολλούς φτωχούς (Σταθόπουλος, 2005).

#### **ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:**

Το προχωρημένο της ηλικίας, όπως είναι φυσιολογικό καθιστά την κατάσταση της υγείας τους πιο επιβαρυνμένη. Υπάρχει μια σειρά από αρρώστιες από τις οποίες υποφέρουν και συνήθως απαιτείται και αρκετός χρόνος ως την πλήρη ανάρρωσή τους. Μια ικανοποιητική κάλυψη, από ιατροφαρμακευτικής πλευράς, είναι πολύ σημαντική και συνάμα απαραίτητη για αυτή την ηλικιακή κατηγορία ανθρώπων. Απαραίτητη είναι επίσης η εύκολη και άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους, καθώς είναι και η κατηγορία εκείνη του πληθυσμού που τις έχει περισσότερο ανάγκη. Το μεγαλύτερο πρόβλημα φέρεται να υπάρχει για τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών, αφού από εκεί η πρόσβαση σε μονάδες και υπηρεσίες υγείας δεν είναι και ιδιαίτερα εύκολη (Σταθόπουλος, 2005).

#### **2.5 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο πλανήτης μας γεννά με γρήγορους ρυθμούς και χρήζει επειγόντως ενός δημογραφικού «λίφτινγκ». Τα νέα στοιχεία που έδωσε χθες στην δημοσιότητα το Τμήμα Πληθυσμού του ΟΗΕ έρχονται να επιβεβαιώσουν τις δυσοίωνες προβλέψεις

για το μέλλον, καθώς οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού θα έχουν τεράστιες κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις.

([http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=28](http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=28))

Το πρόβλημα όμως αφορά και τη χώρα μας, καθώς βρίσκεται στην πέμπτη θέση της λίστας με τις δέκα πιο «γηρασμένες» χώρες του κόσμου. Μόνον η Ιταλία, η Γερμανία και η Σουηδία έχουν χειρότερες επιδόσεις στον εν λόγω τομέα, ενώ η Ιαπωνία παραμένει σταθερά η «πρωταθλήτρια κόσμου». Βάσει των νέων στοιχείων, σήμερα το 23,4% του ελληνικού πληθυσμού αποτελείται από άτομα άνω των 60 ετών (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, ως το 2050 ο συνολικός αριθμός των ατόμων τα οποία απαρτίζουν το «κλαμπ» των εξηντάρηδων... και βάλε θα έχει εκτιναχθεί στα 4.101.626 άτομα, επί συνόλου πληθυσμού 10.778.997 ατόμων.

Αυτό θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στο θέμα του ασφαλιστικού, ένα από τα φλέγοντα ζητήματα των εκλογών της 16ης Σεπτεμβρίου. Με άλλα λόγια, η μείωση των συντάξεων και η αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης θα είναι οι δύο καθοριστικοί παράγοντες των ρυθμίσεων που θα υιοθετηθούν για την επίλυση του ασφαλιστικού στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών. Σημαντικές θα είναι οι επιπτώσεις και στην οικονομία της χώρας, καθώς οι παραγωγικές ηλικίες (15-59) θα εξελιχθούν σε μειονότητα. Οι ειδικοί στο θέμα πρεσβεύουν ότι μέρος της λύσης του προβλήματος αποτελούν οι μετανάστες (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο ΟΗΕ, καμία χώρα δεν θα ήταν διατεθειμένη να δεχθεί τόσους μετανάστες όσοι απαιτούνται για να «αντιμετωπιστεί» η κατάσταση. Το πρόβλημα της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού δεν είναι νέο. Έκανε την εμφάνισή του στη δεκαετία του '50, οπότε και συντάχθηκε η πρώτη σχετική έρευνα του ΟΗΕ. Ως κύριες αιτίες θεωρούνται η υπογεννητικότητα (η οποία σε μεγάλο βαθμό οφείλεται και στην υπογονιμότητα) και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, χάρη στη βελτιωμένη ιατρική φροντίδα και την καλύτερη διατροφή (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Σε διεθνές επίπεδο σήμερα τα άτομα άνω των 60 ετών ανέρχονται σε 600 εκατομμύρια. Ως το 2025 ο αριθμός τους θα έχει διπλασιαστεί και θα φτάσει τα δύο δισεκατομμύρια ως το 2050. Τα μάτια όλου του κόσμου είναι στραμμένα στην Ιαπωνία, καθώς, λόγω του τεράστιου δημογραφικού προβλήματος που αντιμετωπίζει,

έχει αρχίσει και μελετά το πρόβλημα εδώ και αρκετά χρόνια. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Ιάπωνας πολιτικός κ. Κουνίκο Ινογκούτσι, πρώην υπουργός Φύλου και Πληθυσμού, «αν η Ιαπωνία βρει την ιδανική λύση, αυτό θα αποτελέσει παράδειγμα για όλες τις υπόλοιπες χώρες, καθώς είμαστε πρωτοπόροι στην αντιμετώπιση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού».

([http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=28](http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=28))

Η μέχρι στιγμής πολιτική την οποία ακολουθεί η Χώρα του Ανατέλλοντος Ηλίου προσανατολίζεται να δώσει κίνητρα στις γυναίκες να βγουν στην αγορά εργασίας. Παράλληλα εξετάζει το ενδεχόμενο χορήγησης οικονομικής ενίσχυσης στα νεαρά ζευγάρια με χαμηλό εισόδημα, τη δημιουργία περισσότερων κρατικών παιδικών σταθμών και τη μείωση των υπερωριών στους άνδρες, ώστε να βοηθούν και στις δουλειές του σπιτιού. Επίσης, προσανατολίζεται στην αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης στους άνδρες από τα 60 στα 65 έτη και όσο ακόμη χρειαστεί στην πορεία.

([http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=28](http://samiaki-agera.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=28))

## **2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ**

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γερασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου (Αμίτσης, 2006).

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των

15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2% (Αμίτσης, 2006).

Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21% (Αμίτσης, 2006).

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία (Αμίτσης, 2006).

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ότι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών (Αμίτσης, 2006).

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3) ([www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc)).

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικό σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά ([www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc)).

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας ([www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc)).

## **2.7 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΜΕΝΩΝ**

Όπως όλοι οι άνθρωποι στον πλανήτη, έτσι και η κατηγορία των ηλικιωμένων έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις τα οποία αναφέρονται σε κείμενα διεθνών οργανισμών του Ο.Η.Ε, της ευρωπαϊκής ένωσης, των οργανώσεων των ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε κράτους. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας δεν διαφέρουν σε τίποτα από τους νεότερους και ακόμα και οι εξαρτημένοι από τρίτους έχουν κάθε δικαίωμα και ελευθερία όπως όλοι οι πολίτες του κράτους στο οποίο διαμένουν (Καλαϊτζή, 2005).

Η παγκόσμια διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου σύμφωνα με το (άρθρο 25 παρ.1) αναφέρει πως κάθε άτομο έχει δικαίωμα στην ασφάλιση όταν έλθει σε κατάσταση γήρατος. Σύμφωνα με την συνθήκη της Ε.Ο.Κ (άρθρο 48 και 52) στην οποία παρέχεται ελευθερία κίνησης για τους αυτοαπασχολούμενους και τους εργαζόμενους, δίνεται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες τα άτομα εξακολουθούν να ασκούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα, το δικαίωμα

διαμονής σύμφωνα με την συνθήκη, πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα (Καλαϊτζή, 2005).

Αναφέρεται επίσης πως για κάθε άτομα που φτάνει στα όρια της συνταξιοδότησης πρέπει να υπάρχει ένα εισόδημα που θα του επιτρέπει να ζει σε ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο. Και για όποιον δεν έχει το δικαίωμα στην συνταξιοδότηση, αλλά και δεν διαθέτει και άλλα βιοποριστικά μέσα προβλέπεται να λαμβάνει ένα επαρκές εισόδημα σύμφωνα με τις ανάγκες του ,από την κοινωνική πρόνοια (Καλαϊτζή, 2005).

Βασικό αίτημα όλων, σε ότι αφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη της, είναι η θέσπιση και καθιέρωση ενός εισοδήματος, του ελάχιστου απαιτητού, και η προώθηση στρατηγικών που σαν στόχο θα έχουν την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

- Η αρνητική διάθεση απέναντι στους ηλικιωμένους αλλά και η τεράστια δυσκολία στο να βρουν εργασία αποτελούν ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι χώρες της Ευρώπης. Θεσμικά η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναλάβει πρωτοβουλίες και διεξάγει μελέτες που σαν στόχο έχουν την εύρεση λύσεων, στρατηγικών αλλά και θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ούτως ώστε να βοηθηθούν οι ηλικιωμένοι, αν το επιθυμούν, να παραμείνουν στην εργασία τους και να είναι ταυτόχρονα αποδοτικοί, ενεργοί και δραστήριοι. Στόχος όλων αυτών η βελτίωση στις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης των ατόμων. Εκτός από τα παραπάνω, η παγκόσμια ομοσπονδία γήρατος αναφέρει ότι τα δικαιώματα τους προσαρμόζονται στις έννοιες της εκπαίδευσης, της κατοικίας, της σύνταξης, της υγείας, των υπηρεσιών, της οικογένειας, της συμμετοχής, της κοινωνικής πρόνοιας, της ανεξαρτησίας και της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας (Εμκε –Πουλοπούλου, 1999).

Όσο αφορά τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, όσο το επιτρέπει η προσωπική τους κατάσταση και η υγεία τους είναι:

- «να παραμένουν ενεργοί , ικανοί ,να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι,
- να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους,



- να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση,
- να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και την συνταξιοδότηση,
- να βελτιώνουν το επίπεδο γνώσεων και να συμπληρώνουν τις γνώσεις της ειδικότητας τους ώστε να έχουν δυνατότητες απασχόλησης,
- να είναι ευέλικτοι μαζί με τα άλλα μέλη της οικογενείας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν,
- να μοιράζονται γνώσεις ,ειδικότητες, αξίες με τις νεότερες γενιές,
- να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας,
- να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα,
- να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους για την οποία γνωρίζει ο γιατρός και η οικογένεια.» (Εμκε –Πουλοπούλου, 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΜΟΡΦΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

#### **3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Καθένας από μας αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο να εξαρτάται από άλλους όταν μεγαλώσει και σήμερα δεν είμαστε σίγουροι ότι θα έχουμε μια αξιοπρεπή μεταχείριση» δήλωσε ο κ. Βλαντιμίρ Σπίντλα, επίτροπος αρμόδιος για τις κοινωνικές υποθέσεις. Πρόσθεσε ότι τα κράτη μέλη αρχίζουν να στηρίζουν περισσότερο τους φροντιστές και τους συγγενείς με κατάρτιση και καθοδήγηση, τους δε ηλικιωμένους με τη δημιουργία ομάδων υποστήριξης και ειδικών τηλεφωνικών γραμμών επικοινωνίας. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργούν συστήματα για παρακολούθηση της ποιότητας της μακροχρόνιας φροντίδας, τα οποία χαρακτηρίζονται από διαφάνεια και επικέντρωση στον ασθενή (Μαδιανός, 2000).

Δεδομένου ότι οι Ευρωπαίοι ζουν περισσότερο, το ποσοστό του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας άνω των 80 ετών αναμένεται να φθάσει το 12% μέχρι το 2050. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα εξαρτώνται από τη φροντίδα συγγενών ή εξειδικευμένου προσωπικού και θα είναι ευάλωτοι σε φαινόμενα παραμέλησης ή και κακοποίησης. Μολονότι η κακοποίηση μπορεί να λάβει πολλές και διαφορετικές μορφές, από σωματική έως ψυχολογική, είναι συχνά το αποτέλεσμα της αδυναμίας στρεσαρισμένων και υπεραπασχολούμενων φροντιστών να ανταποκριθούν στον φόρτο εργασίας παρά της πρόθεσής τους να εκμεταλλευτούν ή να κακοποιήσουν ευπαθείς ηλικιωμένους (Μαδιανός, 2000).

Αν και ο κίνδυνος κακοποίησης των ηλικιωμένων γίνεται διαφορετικά αντιληπτός στις χώρες της ΕΕ, η προστασία της αξιοπρέπειάς τους και των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους καθίσταται μέγιστη πρόκληση για όλες τις ευρωπαϊκές κοινωνίες ([http://ec.europa.eu/cyprus/news/older\\_people\\_el.htm](http://ec.europa.eu/cyprus/news/older_people_el.htm)).

#### **3.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΗΨΗ**

Οι έννοιες της παραμέλησης και εγκατάλειψης των ηλικιωμένων ανθρώπων αποτελούν δυο από τις διαστάσεις της κακοποίησης της τρίτης ηλικίας, η οποία ορίζεται ως μια επαναλαμβανόμενη ή μεμονωμένη ενέργεια, ή απουσία κατάλληλης

ενέργειας, η οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη ή ενόχληση στους ηλικιωμένους (Παπαδάκης,2009).

Η κακοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας μπορεί να λάβει διάφορες διαστάσεις. Συγκεκριμένα περιγράφονται επτά διαστάσεις, η οποία κάθε μια ακόμα και από μόνη της μπορεί να θεωρηθεί κάποιου είδους κακοποίηση. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής:

- Σωματική κακοποίηση
- Σεξουαλική κακοποίηση
- Οικονομική κακοποίηση
- Συναισθηματική κακοποίηση
- Παραμέληση
- Αυτό – παραμέληση
- Εγκατάλειψη (Παπαδάκης, 2009)

Η έννοια της παραμέλησης περιλαμβάνει την πρόσκαιρη ή μόνιμη έλλειψη φροντίδας των βασικών αναγκών ενός ηλικιωμένου (όπως επαρκής σίτιση, ρουχισμός, στέγη, ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα) η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια του ηλικιωμένου (Σαρρής, 2001).

Η έννοια της αυτό – παραμέλησης συνιστά μια προέκταση της έννοιας της παραμέλησης και αναφέρεται στο γεγονός όπου οι κύριοι λόγοι της παραμέλησης είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου. Εν συνεχεία, η έννοια της εγκατάλειψης περιγράφεται ως το γεγονός της εγκατάλειψης ενός ηλικιωμένου χωρίς κάποια δικαιολογημένη αιτία, από το άτομο που έχει την επιμέλεια της φροντίδας του και η οποία θέτει σε κίνδυνο, ή χειροτερεύει την σωματική ή ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρισκόταν το άτομο (Σαρρής, 2001).

Την εμφάνιση των περιπτώσεων παραμέλησης και εγκατάλειψης ενισχύουν επίσης και μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι γενικά καθιστούν πιο ευάλωτα τα άτομα της τρίτης ηλικίας, οι σημαντικότεροι από τους οποίους είναι οι εξής ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)):

- Χρόνιες ασθένειες, απώλεια των σωματικών και αισθητηριακών λειτουργιών οδηγούν στην αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης σε ικανοποιητικό βαθμό, στην

ανάγκη για φροντίδα στην προσωπική βοήθεια και τελικά στην έλλειψη αυτονομίας.

- Προβλήματα νοητικών και γνωστικών λειτουργιών, μελαγχολία και προβλήματα στην επικοινωνία επιφέρουν δυσκολίες τόσο στην αντίληψη όσο και στη σχέση με τους άλλους.
- Κοινωνικοί παράγοντες: φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, χαμηλό κοινωνικό status, έλλειψη στήριξης από την κοινότητα, στερεότυπα, πολιτισμικοί και γλωσσικοί παράγοντες (κυρίως σε ότι αφορά τους ηλικιωμένους μετανάστες)
- Γενικότερες κοινωνικές συνθήκες και τάσεις: ανεπάρκεια πόρων για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών, απουσία πολιτικών που να στοχεύουν στην τρίτη ηλικία, αλλαγή του μοντέλου οικογενειακής δομής, έλλειψης στο νομικό πλαίσιο που αφορά την προστασία και την κατοχύρωση δικαιωμάτων των πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

### **3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗΣ**

Οι μορφές της κακομεταχείρισης που παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστούν είναι η πλημμελής σωματική φροντίδα των ηλικιωμένων και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, κύρια χαρακτηριστικά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης. Η κακοποίηση και κατά συνέπεια τόσο η παραμέληση όσο και η εγκατάλειψη μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε ηλικιωμένο είτε αυτός ζει μόνος του είτε ζει μαζί με κάποιο άλλο άτομο πχ με την οικογένειάς του. Επίσης μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε μέρος το οποίο υποθετικά θεωρείται ασφαλές (σε ένα νοσοκομείο, στο σπίτι από τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι, σε ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας σε ένα ίδρυμα) ενώ οι αιτίες τους μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ενεργειών μελών της οικογένειας ή του προσωπικό των υπηρεσιών που παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους (Χτούρης, 1992).

Σημάδια τα οποία υποδηλώνουν παραμέληση ενός ηλικιωμένου μπορεί να αποτελέσουν το χάσιμο βάρους, η συχνή εικόνα έλλειψης ατομικής υγιεινής, η έλλειψη ιατρικής παρακολούθησης και η μη εφαρμογή της θεραπείας που συνιστά ο γιατρός, η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών και επικοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα η παραμέληση μπορεί να αφορά ενέργειες του ατόμου το οποίο έχει αναλάβει την ευθύνη για τη φροντίδα του ηλικιωμένου, οι οποίες όμως εν τέλει δεν παρέχουν

επαρκή φροντίδα, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι σωματικές, κοινωνικές ή συναισθηματικές ανάγκες του ηλικιωμένου προσώπου. Η παραμέληση μπορεί να περιλαμβάνει στέρηση τροφής, νερού, ρουχισμού, φαρμάκων και βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες και την προσωπική υγιεινή. Αν ο παρέχων βοήθεια έχει την ευθύνη της πληρωμής των λογαριασμών του ηλικιωμένου, η παραμέληση μπορεί να αφορά στη μη πληρωμή τους ή στον ανεύθυνο χειρισμό των οικονομικών του ηλικιωμένου (Χτούρης, 1992).

Από την άλλη πλευρά, σχετικά με την εγκατάλειψη, σημάδια τα οποία ενδέχεται να σημαίνουν την παρουσία της, αποτελούν η μη απάντηση σε τηλεφωνικές κλίσεις, η ξαφνική διακοπή των επισκέψεων μελών της οικογένειας ή των υπηρεσιών που παρέχουν φροντίδα στο ηλικιωμένο, ή όταν για κάποιο χρονικό διάστημα δεν έχουμε δει τον ηλικιωμένο ή έχει σταματήσει να πραγματοποιεί καθημερινές δραστηριότητες (Χτούρης, 1992).

Ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν στο δρόμο, σε δημόσιους χώρους (π.χ. πάρκα), σε εγκαταλειμμένα κτήρια, με έλλειψη φροντίδας της ατομική τους υγιεινής, ηλικιωμένοι που ζουν ουσιαστικά έγκλειστοι σε κάποιο σπίτι χωρίς να έχουν κοινωνικές επαφές, αποτελούν άτομα τα οποία μπορεί να βρίσκονται σε εγκατάλειψη. Πολλές φορές επίσης συναντάται το φαινόμενο της εγκατάλειψης των ηλικιωμένων σε νοσοκομεία ή γηροκομεία από τους συγγενείς που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Οι συγγενείς ενδέχεται να μην δίνουν προσωπικά τους στοιχεία (όπως αριθμό τηλεφώνου, διεύθυνσης) τα οποία είναι απαραίτητα για την επικοινωνία μαζί τους και να μην συμμετέχουν, σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες, στο σχεδιασμό των ενεργειών που αφορούν την επάνοδο του ηλικιωμένου στο οικείο περιβάλλον του, μετά από την έξοδο του από το νοσοκομείο (Sainsbury, 1977).

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση σχετικά με την εγκατάλειψη και την παραμέληση των ηλικιωμένων παρουσιάζεται στην έκθεση του ευρωβαρόμετρου για το 2007. Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων της έρευνας, που αφορά το κομμάτι της τρίτης ηλικίας το οποίο δέχεται κάποιου είδους βοήθεια (από οικογένεια ή φορείς), θεωρεί ότι το 47% των ηλικιωμένων δέχεται συχνά κάποιο είδος κακομεταχείρισης ενώ 41% θεωρεί ότι υπάρχει κακομεταχείριση αλλά, αυτή συμβαίνει σπάνια ή πολύ σπάνια (Sainsbury, 1977).

Ωστόσο τα χαρακτηριστικά τα οποία σκιαγραφούν εικόνες παραμέλησης και εγκατάλειψης, δεν θα πρέπει να αποτελούν a priori αποδείξεις ύπαρξης των φαινομένων αυτών. Θα πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη ως ενδείξεις που πιθανώς σηματοδοτούν την έναρξη της εμφάνισης τέτοιων καταστάσεων και ουσιαστικά συνιστούν προειδοποίηση ότι θα πρέπει να δοθεί περισσότερο βάρος στην φροντίδα των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε αυτήν κατάσταση ή παρουσιάζουν αυτή την εικόνα (Sainsbury, 1977).

### ***ΈΝΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗΣ***

Το καλοκαίρι του 2003 ένα παρατεταμένος καύσωνας έπληξε τη Γαλλία. Η αναποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης από τη γαλλικές αρχές είχε σαν αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να χάσουν τη ζωή τους. Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι που έχασαν τη ζωή ήταν ανάπηροι ή ηλικιωμένοι, οι οποίοι κατά την περίοδο του καύσωνα, βρίσκονταν σε γηροκομεία, άσυλα, ιδρύματα προσωρινής φροντίδας ή μόνοι στο σπίτι, ενώ οι οικογένειές τους έλειπαν σε διακοπές. Η γαλλική κυβέρνηση δεν κάλεσε ποτέ τις οικογένειες να επιστρέψουν, δεν ανακάλεσε τις άδειες του προσωπικού, δεν κινητοποίησε επαρκώς τις υπηρεσίες διάσωσης αν και η περίοδος του καύσωνα ήταν παρατεταμένη και ο αριθμός των νεκρών αυξάνονταν συνεχώς καθημερινά. Αξιοσημείωτη επίσης ήταν η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και προσωπικού για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (14000 άτομα). Ως αποτέλεσμα της σοβαρής αμέλειας, των ελλείψεων και της αδυναμίας διαχείρισης της κρίσης ήταν ο τελικός απολογισμός να περιλαμβάνει τη διαγραφή 14800 ατόμων από τα μητρώα των κοινωνικών υπηρεσιών της Γαλλίας ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

Η γαλλική κυβέρνηση στην προσπάθεια για την βελτίωση του συστήματος παροχής ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών, πρότεινε την κατάργηση της αργίας του Αγίου Πνεύματος προκειμένου να εξοικονομηθούν 1 δις ευρώ και να χρηματοδοτηθούν υπηρεσίες για τη παροχή κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Μπορεί η πρόταση να δημιουργήσει σημαντικές αντιδράσεις, ωστόσο κατέστη σαφές ότι οι κάθε είδους υπηρεσίες που στόχο έχουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ανεπαρκής και ότι κρίνεται απαραίτητη η θέσπιση νέων μέτρων και εναλλακτικών θεσμών για την προστασία αυτής της ευπαθούς ομάδας του πληθυσμού ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

### **3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά στην πολιτική που εφαρμόζεται στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας, οι θεσμοθετημένες μορφές που υπάρχουν καθώς και οι πρωτοβουλίες των ιδιωτών που έχουν ως στόχο να καλυφθούν όλες εκείνες οι ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι μέσα στην κοινωνία και τις οποίες ανάγκες αδυνατεί να καλύψει μια οικογένεια με τους σύγχρονους ρυθμούς διαβίωσης. Στην συνέχεια γίνεται αναλυτική αναφορά σε όλες τις μορφές φροντίδας ηλικιωμένων το σκοπό για τον οποίο λειτουργούν, αλλά και τα πακέτα υπηρεσιών που προσφέρουν σε αυτούς που καταφεύγουν σε αυτές. Αυτές οι μορφές φροντίδας των ηλικιωμένων διακρίνονται σε μονάδες ανοιχτής περίθαλψης και μονάδες κλειστής περίθαλψης.

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται: τα Κ.Α.Π.Η, το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τέλος τα Κ.Η.Φ.Η., ένας νεοαναπτυσσόμενος θεσμός, στην Ελλάδα. Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται: τα Ιδρύματα Χρόνιων Παθήσεων και τα Γηροκομεία (<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>).

#### **3.4.1 ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Η πρώτη κατηγορία που θα αναλυθεί είναι οι ανοιχτές μορφές φροντίδας. Είναι πιο σύγχρονες μορφές και έχουν σαν βάση την ανοιχτή φροντίδα του ηλικιωμένου. Αυτό μεταφράζεται σε παραμονή του ατόμου στο σπίτι του, κοντά στους ανθρώπους που αγαπά και την οικογένειά του. Για την ύπαρξη όμως αυτού του τρόπου φροντίδας και βοήθειας, πρέπει να υπάρξουν και εκείνες οι υπηρεσίες που στον προσανατολισμό τους θα έχουν να αυξήσουν την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες, στην αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές, στην ελευθερία, την προληπτική υγιεινή, στην δραστηριοποίηση, την αξιοπρέπεια, την δημιουργικότητα ώστε οι ηλικιωμένοι να καθίσταται ικανά, ισότιμα, αυτόνομα ενταγμένοι στην τοπική κοινότητα διατηρώντας την ανεξαρτησία του την ισοτιμία και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης (Τεπέρογλου, 1994).

### 3.4.1.1 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

#### **ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. εμφανίστηκε αρχικώς το 1979 με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

**Το βασικό νομοθέτημα** το οποίο διέπει τη σύσταση των Κ.Α.Π.Η. είναι το **Ν.Δ. 162/1974**, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' / 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο 3 του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξω-ιδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση σε υπερήλικα άτομα (Τεπέρογλου, 1994).

Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως Ν.Π.Δ.Δ. υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74.

Το πρώτο Κ.Α.Π.Η. λειτούργησε στην περιοχή του Νέου Κόσμου, ως μετεξέλιξη ενός προηγούμενου επιτυχημένου προγράμματος παροχής συσσιτίου που ονομαζόταν «*Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς*».

Ο Όμιλος Εθελοντών που είχε την ευθύνη του προγράμματος ανέλαβε τη λειτουργία του πρώτου αυτού πειραματικού Κ.Α.Π.Η., του οποίου η επιτυχία οδήγησε μέχρι το τέλος του 1981 στη σύσταση και άλλων επτά (7) παρόμοιων Κ.Α.Π.Η., τη λειτουργία των οποίων ανέλαβαν εθελοντικές οργανώσεις, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η Χ.Ε.Ν., το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Τεπέρογλου, 1994).

Από το 1982, ο αριθμός των Κ.Α.Π.Η. αυξήθηκε σε 260 πανελλαδικά, εκ των οποίων τα 80 στην περιοχή των Αθηνών. Τα Κ.Α.Π.Η. παράλληλα πέρασαν στη δικαιοδοσία της Τ.Α. ως **Ν.Π.Δ.Δ.**, ενώ οι δαπάνες σύστασης και λειτουργίας τους εξακολούθησαν να καλύπτονται από τη Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του



Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (μισθοδοσία, λειτουργικά, ανέγερση κτιρίου με την προϋπόθεση ότι εφόσον ο Δήμος παρείχε το οικόπεδο).

Μετά το 1989 και σταδιακά ως το 1999, η αρμοδιότητα αυτή παραχωρείται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση με την ανάληψη της μισθοδοσίας και τις λοιπές λειτουργικές δαπάνες και αργότερα τα κτιριακά και τον εξοπλισμό. **Η εποπτεία των Κ.Α.Π.Η. (1991) πέρασε από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Εσωτερικών** (Γεπέρογλου, 1994).

### ***Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΩΝ ΚΑΠΗ***

Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. η ανοιχτή προστασία των ηλικιωμένων, δηλαδή η παραμονή τους στην Κοινότητα και σε ότι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν (στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου) και η αποτροπή της ανάγκης για ιδρυματική περίθαλψη (Σταθόπουλος, 2005).

Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Τα ενεργά μέλη του Κ.Α.Π.Η. δεν μπορεί να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του Κ.Α.Π.Η (Σταθόπουλος, 2005).

Οι άξονες δράσης των ΚΑΠΗ είναι :

- ü Πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου:
  - ο πρωτογενής (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
  - ο δευτερογενής (ιατρικές εξετάσεις με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία)
- ü Διαφώτιση και συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- ü Έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους (Σταθόπουλος, 2005).

### **ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΤΑ ΚΑΠΗ**

Οι υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν τα ΚΑΠΗ στα μέλη τους, έχουν κυρίως προληπτικό και ψυχαγωγικό χαρακτήρα, και περιλαμβάνουν:

- ü Κοινωνική Εργασία στους ίδιους τους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον.
- ü Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.
- ü Λειτουργία ομάδων αυτενέργειας των μελών των Κ.Α.Π.Η. που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
- ü Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους.
- ü Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
- ü Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν.
- ü Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
- ü Εντευκτήριο (coffee-shop) με χαμηλές τιμές και χώρο συντροφιάς.
- ü Φυσικοθεραπεία.
- ü Εργοθεραπεία

Από την επεξεργασία των στοιχείων καταγραφής της Ε.Ε.Τ.Α.Α. προκύπτει ότι λειτουργούν περίπου **734 Κ.Α.Π.Η.** στους Δήμους της χώρας (Σαρρής, 2001).

### **ΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΑ ΚΑΠΗ**

Οι ειδικότητες των απασχολουμένων στα ΚΑΠΗ είναι ανάλογες με το είδος των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται.

- ü Κοινωνικός Λειτουργός (Προϊσταμένη Αρχή του Κ.Α.Π.Η.)
- ü Επισκέπτης /ρια Υγείας – Νοσηλευτής /ρια
- ü Εργοθεραπευτής /ρια
- ü Φυσικοθεραπευτής /ρια
- ü Οικογενειακός Βοηθός (Σταθόπουλος, 2005)

#### **3.4.1.2 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.)**

Με την αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3<sup>ης</sup> και ιδιαίτερα της 4<sup>ης</sup> ηλικίας (το 25% των ηλικιωμένων είναι άνω των 75 ετών), αντιμετωπίζει προβλήματα που μερικές φορές τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και

ειδικότερα τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (Π.Ε.Π.), περιελάμβαναν ενέργειες που αναφέρονται στη δημιουργία και λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φιλοξενίας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) που συγχρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) (Καλαϊτζή, 2005)

Οι ενέργειες αυτές αποτελούν επέκταση μίας εθνικής πολιτικής που υλοποιήθηκε και συνεχίζεται να υλοποιείται αφενός από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α. και την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, μέσω του προγράμματος “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ”, και αφετέρου από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., και την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. μέσω της δράσης « Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», που είναι ενταγμένη στο Ε.Π. «Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση στην Απασχόληση» στο Β’ Κ.Π.Σ (Καλαϊτζή, 2005).

#### ***ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.)***

**Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι** σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και που το περιβάλλον τους δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που χρειάζονται.

**Απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών,** μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.), των οποίων το περιβάλλον που τους φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει (Σταθόπουλος, 2005).

**Σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων** είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αυτών και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και η διατήρηση μίας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, που ασχολείται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα Κ.Η.Φ.Η. συμβάλλουν σε αυτό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας /ολιγόωρης παραμονής (Σταθόπουλος, 2005).

**Το Πρόγραμμα** για τη δημιουργία και λειτουργία τέτοιων Κέντρων, **δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων :**

- § Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- § Να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους.
- § Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

**Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας και ειδικότερα :**

- Û Νοσηλευτική φροντίδα.
- Û Κοινωνική φροντίδα που εξασφαλίζει υγεία και ποιοτική διαβίωση.
- Û Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης.
- Û Ατομική υγιεινή.
- Û Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης.
- Û Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Û Μετακίνηση των φιλοξενουμένων από και προς τα Κ.Η.Φ.Η. (μόνο στην περίπτωση που ο τελικός δικαιούχος, φορέας λειτουργίας της δομής, διαθέτει μεταφορικό μέσο) (Σταθόπουλος, 2005).

**Τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή,** αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και την προσφορά εργασίας στελεχών του Κ.Α.Π.Η., οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στο βασικό κορμό των στελεχών του Κ.Η.Φ.Η.

Τα Κ.Η.Φ.Η. συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συνεργασία των Κ.Η.Φ.Η. με τα Κ.Α.Π.Η. και άλλες οργανώσεις για την αξιοποίηση εθελοντών. Η κατάλληλη εκπαίδευση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την τοποθέτηση των εθελοντών στις δομές

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

## **ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ Κ.Η.Φ.Η.**

**Σε κάθε Κ.Η.Φ.Η. απασχολούνται κατ' ελάχιστον**

- § Ένας /μία (1) Νοσηλεύτης/ τρια
- § Δύο (2) Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας
- § Ένα (1) άτομο, ως βοηθητικό προσωπικό (με αντίστοιχη κατάρτιση ή αποδεδειγμένη εμπειρία).

Το ανωτέρω προσωπικό ισχύει για Κ.Η.Φ.Η. δυναμικότητας 25 ατόμων. Για περισσότερους εξυπηρετούμενους, το προσωπικό αυξάνεται αναλόγως.

Στο Κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων ανάλογα με τις ανάγκες των φιλοξενουμένων (κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, κλπ.). Στην περίπτωση αυτή, εμπλουτίζονται οι δραστηριότητες του Κέντρου με αντίστοιχα προγράμματα (π.χ. κοινωνική εργασία, εργοθεραπεία κλπ.). Εφόσον το Κέντρο διαθέτει μεταφορικό μέσο μπορεί να απασχολείται και οδηγός ([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

Η παροχή φροντίδας πρέπει να είναι σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική και όταν κρίνεται αναγκαίο και πνευματική με τη συμβολή ειδικού λειτουργού. Τα φιλοξενούμενα ηλικιωμένα άτομα προέρχονται κατά κύριο λόγο από την περιοχή του Ο.Τ.Α. στον οποίο ανήκουν τα Κ.Η.Φ.Η., χωρίς να αποκλείεται και η περίπτωση εγγραφής ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε όμορη περιοχή και εφ' όσον υπάρχουν κενές θέσεις ([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

### **3.4.1.3 ΚΕΝΤΡΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Το ΝΠΔΔ **Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας (Κ.Ε.Φ.Ο.)**, συστάθηκε κατά το έτος 2003 και οι σκοποί του, είναι:

- Ø η κοινωνική παρέμβαση για κάλυψη εκφρασμένων αναγκών με την ανάπτυξη δραστηριοτήτων προνοιακού και συμβουλευτικού χαρακτήρα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας
- Ø η πληροφόρηση, ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση ατόμων και ομάδων με δραστηριοποίηση για την κάλυψη των αναγκών της οικογένειας.

Ὡς η συνεργασία με φορείς διασύνδεσης, διεκπεραίωσης και υπηρεσίες που εν γένει ασχολούνται με θέματα κοινωνικής μέριμνας και φροντίδας (Σταθόπουλος, 2005).

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας στα περισσότερα Κ.Ε.Φ.Ο. εφαρμόζει προγράμματα για την Τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες:

**1. Ομάδες:** Ομάδες τρίτης ηλικίας των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό την δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία

ώστε να αποφεύγεται η απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση

**2. Λέσχες:** Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντιούνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερό τους χρόνο. Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. και ειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλεύτριες).

Δράσεις ΚΕΦΟ (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005):

1. Ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη στις οικογένειες των παιδιών που φιλοξενούνται στους παιδικούς σταθμούς του Δήμου Ηρακλείου.

2. Συμβουλευτική καθοδήγηση στο προσωπικό των παιδικών σταθμών σε θέματα ψυχοκοινωνικής στήριξης και κατάλληλης προσέγγισης των γονέων.

3. Στήριξη μονογονεϊκών οικογενειών με έμφαση στις «Ανύπανδρες Μητέρες και τα παιδιά τους».

4. Λειτουργία του θεσμού «Σχολεία για Νέους Γονείς» (ομιλίες-συζητήσεις).  
Επιμόρφωση - κατεύθυνση νέων ζευγαριών.

5. Βιωματικές ομάδες γονέων με στόχο την κατάκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και την απόκτηση αυτογνωσίας.

6. Συνεργασία με Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Προνοιακές Υπηρεσίες - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και Γραμμές Υποστήριξης (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

### **3.4.1.4 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»**

#### ***ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»***

Οι Μονάδες "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" εντάσσονται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Σκοπός τους είναι η φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και των Ατόμων ΜΕ Αναπηρίες (Α.ΜΕ.Α.) που ζουν μόνα τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν κινδύνους απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους και κινδυνεύουν να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας (Καλαϊτζή, 2005).

Στοχεύουν στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή (Καλαϊτζή, 2005).

Το Πρόγραμμα για τη δημιουργία των μονάδων "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ", ξεκίνησε στις αρχές του έτους 1994 με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας (βλέπε ΥΠ. ΑΠΟΦΑΣΗ Π4β/οικ.2217/27-4-94, ΦΕΚ 382/τ.Β'/24-05-94) και τελεί υπό την άμεση εποπτεία του. Προηγήθηκε, η εφαρμογή πιλοτικών Προγραμμάτων σε μεμονωμένους Δήμους, για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) (Καλαϊτζή, 2005).

Η εξάπλωση του προγράμματος όμως, έγινε ουσιαστικά το 1997, με ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ των Υπουργών Υγείας & Πρόνοιας, ΕΣ.Δ.Δ.Α και Οικονομικών (Κ.Υ.Α. Π4β/5814/02-10-1997), με την οποία επεκτάθηκε σε 102 Δήμους (38 Νομούς) της χώρας. Προϋπόθεση για την εφαρμογή του Προγράμματος ήταν η ύπαρξη Κ.Α.Π.Η. στον Ο.Τ.Α. Στη συνέχεια, με την Κοινή Απόφαση των Υπουργών ΕΣ.Δ.Δ.Α, Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας & Πρόνοιας, με Αρ. Πρωτ. 4035/27-7-2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/2001), το πρόγραμμα εντάσσεται στα Περιφερειακά Επιχειρησιακά προγράμματα (Π.Ε.Π.) που έχουν εγκριθεί στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ. (Αμηρά, Γεωργιάδη & Τεπέρογλου, 1986).

Οι Μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» δημιουργήθηκαν για την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας, η οποία τους παρέχεται κατ' οίκον και ανέλαβαν κατά τη λειτουργία τους, και τη φροντίδα και μη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθεια (Α.ΜΕ.Α. κ.λπ.). (Αμηνά, Γεωργιάδη & Τεπέρογλου, 1986).

Προτεραιότητα των Μονάδων αποτελεί η παραμονή των ηλικιωμένων και των Α.ΜΕ.Α., στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, παράλληλα με τη διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ηλικιωμένους και τα ΑΜΕΑ, είναι:

- ü Συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη στις ομάδες - στόχο και την οικογένειά τους.
- ü Εξασφάλιση υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας.
- ü Έμπρακτη υπεράσπιση και προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.
- ü Νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα (όπως αυτή ορίζεται στο πρόγραμμα σπουδών σε συνδυασμό με τα επαγγελματικά δικαιώματα των στελεχών).
- ü Οικογενειακή - Οικιακή βοηθητική φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης.
- ü Φροντίδα της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας.
- ü Αγωγή Υγείας και Πρόληψης.
- ü Προσαρμογή και βελτίωση της χρήσης και προσπέλαση των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος.
- ü Διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λπ.
- ü Διευκόλυνση των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας.
- ü Διευκόλυνση της πολιτιστικής θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης (Καλαϊτζή, 2005).

Στους σκοπούς της δράσης για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των Α.ΜΕ.Α. περιέχονται:

- α Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων και Α.ΜΕ.Α. κατά προτεραιότητα στο σπίτι,



στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους και την ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού της κοινωνικής πολιτικής όπως και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.

- α Η δημιουργία προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση τους και την κοινωνική τους ευημερία.
- α Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, εκμετάλλευσης, κακοποίησης και παραμέλησης.
- α Η παραμονή τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής περίθαλψης.
- α Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους.
- α Η διευκόλυνση της μετακίνησης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους.
- α Η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στο περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης χρήσης και προσπέλασης τους.
- α Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος αλλά αντιθέτως να ενισχυθούν η αλληλεγγύη και οι οικογενειακοί δεσμοί.
- α Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- α Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- α Η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματα τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- α Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης. Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού

ενδιαφέροντος

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

### **ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αποτελεί επέκταση μίας εθνικής πολιτικής που υλοποιήθηκε κατά το Β' Κ.Π.Σ. και συνεχίζεται να υλοποιείται και στο Γ' Κ.Π.Σ. μέσω του Ε.Π. « Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση » (απόφαση έγκρισης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ε /2001 - 38/9-3-01) και αποτελεί μέτρο προώθησης της πολιτικής ίσων ευκαιριών απασχόλησης και άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Η χρηματοδότηση της ενέργειας για τη δημιουργία Μονάδων "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" προέρχεται από Κοινοτικούς και Εθνικούς Πόρους και αποτελεί εξ' ολοκλήρου Δημόσια Δαπάνη. Ειδικότερα, η ενέργεια συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) κατά 75% σε ότι αφορά τις δαπάνες λειτουργίας των δομών. Η αναλογούσα Εθνική Συμμετοχή καθώς και η αντίστοιχη συνδρομή του Ε.Κ.Τ. έχει καλυφθεί από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (Σ.Α.Ε.Π του Π.Δ.Ε.)

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

Το Πρόγραμμα "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" υλοποιείται από τους φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ορίζονται στην ΚΥΑ με αριθμ. 4035/27-07-2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β'/30-08-2001), όπως συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και ισχύει, και συγκεκριμένα από

- α) τις επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) του άρθρου 277 επόμενα του Δημοτικού και Κοινωνικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.) οι οποίες έχουν στον σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.
- β) τις διαδημοτικές επιχειρήσεις και οι αστικές εταιρείες που έχουν συσταθεί από τους Ο.Τ.Α. και οι οποίες έχουν στον σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή την πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.
- γ) τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου και μπορούν να εφαρμόσουν τις ενέργειες της παρούσας μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων όμορων Δήμων ή μέσω διαδημοτικών επιχειρήσεων και αστικών εταιριών όμορων Δήμων που έχουν συσταθεί από τους Ο.Τ.Α. και οι οποίες έχουν στο σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή πρόνοια ή συναφή προς τα

ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό, ύστερα από σύναψη σχετικής προγραμματικής σύμβασης

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

#### **3.4.1.5 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ»**

Το Πρόγραμμα δημιουργίας "**ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**" (**Μ.Κ.Μ.**) εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. **Σκοπός του προγράμματος** είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας του ηλικιωμένου, η αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και τέλος η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων κατ' οίκον (Σταθόπουλος, 2005).

**Οι δράσεις του Προγράμματος** δημιουργίας "**ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**" (**Μ.Κ.Μ.**) στοχεύουν στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από ειδικά καταρτισμένα άτομα σε συνδυασμό με φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης. Δίνεται έμφαση στην ευαισθητοποίηση των κοινωνικών φορέων και στη συμμετοχή εθελοντών, των οποίων η αφιλοκερδής προσφορά βοήθειας είναι ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρει η αύξηση του αριθμού τους (Σταθόπουλος, 2005).

#### **Ποιους αφορά το Πρόγραμμα**

Αφορά ηλικιωμένα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται, ηλικίας 60-65 χρονών και άνω, και πιο συγκεκριμένα:

- § άτομα ανήμπορα από διάφορες παθήσεις και αναπηρίες.
- § άπορα άτομα, που δεν μπορούν να καλύψουν με το εισόδημά τους τις βασικές τους ανάγκες.
- § μοναχικά, κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα.
- § άτομα με οικογενειακά και κατά συνέπεια κοινωνικά προβλήματα.

άτομα με διάφορες νευρώσεις και ψυχώσεις, που τους δημιουργούν δύσκολη τη συμβίωση στην κοινωνία (Σταθόπουλος, 2005).

## **ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ**

Το πρόγραμμα απασχολεί κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς, που φροντίζουν το ηλικιωμένο άτομο στο σπίτι του, ως εξής:

- § καταγράφουν τις ανάγκες του ατόμου
- § το υποστηρίζουν ψυχολογικά.
- § το φροντίζουν νοσηλευτικά. με στόχο την πρόληψη.
- § το συνοδεύουν σε νοσοκομειακούς χώρους
- § παρακολουθούν τη συνταγογραφία των φαρμάκων του.
- § φροντίζουν για την ατομική του υγιεινή
- § βοηθούν στις οικιακές εργασίες και του κρατούν συντροφιά

Οι ανωτέρω υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, συστηματικά και οργανωμένα, βάσει εβδομαδιαίου προγράμματος συναντήσεων (Σταθόπουλος, 2005).

## **ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ**

Κάθε Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας είναι στελεχωμένη με:

- § Έναν (1) κοινωνικό/-ή λειτουργό ή ψυχολόγο υπεύθυνο/-η για το συντονισμό του Προγράμματος
- § Έναν (1) έως δύο (2) νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες
- § Έναν (1) έως τρεις (3) Οικογενειακούς βοηθούς.

Σε κάθε “Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας” είναι απαραίτητη η απασχόληση όλων των ειδικοτήτων κατά την έναρξη λειτουργίας της μονάδας ([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

**Το Πρόγραμμα "ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ"** αποφέρει πολλαπλό κοινωνικό έργο με σημαντικό προνοιακό αποτέλεσμα. Για την υλοποίησή του συμβάλλουν, συνεργάζονται και συζητούν όλοι οι κοινωνικοί φορείς που λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο. Μέσα απ' αυτό, η κοινωνική πολιτική του κάθε Δήμου περνά απλόχερα στις κατηγορίες εκείνες των πολιτών μας που έχουν ανάγκη.

Το πρόγραμμα για τη δημιουργία "Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας" (Μ.Κ.Μ.) συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και το Ελληνικό Δημόσιο ενταγμένο στο **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Συνεχιζόμενη**

**Κατάρτιση και Προώθηση της Απασχόλησης", στο πλαίσιο του Β' Κ.Π.Σ.** Ειδικότερα, στο Μέτρο 3, του Υποπρογράμματος ΙΙ, του Επιχειρησιακού Προγράμματος, το οποίο περιελάμβανε ενέργειες προώθησης της απασχόλησης των ανέργων, εντάχθηκε η ενέργεια 4, που αφορά στη δημιουργία "Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας" εξασφαλίζοντας την. Η συνέχιση της λειτουργίας των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας εντάχθηκε στο Γ'Κ.Π.Σ. στο Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας

([www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)).

#### **3.4.1.6 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ**

Λειτουργούν σαν συνοικία και γειτονιά και προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Εκεί οι ηλικιωμένοι βρίσκουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Στο πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνεται η δημιουργική απασχόληση, η εργοθεραπεία, η φυσιοθεραπεία, οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες και οι εκδρομές. Σκοπός τους είναι η να εξοικειωθούν οι ηλικιωμένοι με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει (Παπαδάκης, 2009).

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές εκδηλώσεις των Λεσχών Φιλίας αλλά και να επισκεφθούν δωρεάν μουσεία και πολιτιστικούς χώρους και να παρακολουθήσουν εκδηλώσεις μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας. Τέλος ενημερώνονται για ζητήματα που άπτονται των αναγκών και των ενδιαφερόντων τους μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως π.χ. το πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και των πνιγμών που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή και το Πανεπιστήμιο Αθηνών και το αντίστοιχο πρόγραμμα για τη νόσο Alzheimer (Παπαδάκης, 2009).

### **3.4.2 ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Στη δεύτερη κατηγορία, αυτή της κλειστής περίθαλψης, εντάσσονται όλα τα ιδρύματα που στοχεύουν στην περιποίηση και την φροντίδα των ηλικιωμένων που διαμένουν μέσα σε αυτά. Τέτοια είναι τα γηροκομεία, τα άσυλα κ.λπ. Για αρκετές εκατοντάδες χρόνια η κλειστή περίθαλψη αποτελούσε την μοναδική λύση για την προσοχή και περιποίηση των ατόμων, που είτε δεν μπορούσαν, λόγω εργασίας, είτε δεν ήθελαν να αναλάβουν την φροντίδα τους συγγενικά τους πρόσωπα. Από το πρόσφατο παρελθόν και έπειτα, τα συγκεκριμένα ιδρύματα γίνεται προσπάθεια να αποτελούν απλά την έσχατη λύση για τους ηλικιωμένους. Παράλληλα, και με το σκεπτικό ότι εντείνουν το πρόβλημα της περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων από την ευρύτερη κοινότητα υποβαθμίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό ο ρόλος τους και η κοινωνική πολιτική του κάθε κράτους προσπαθεί για την ανάπτυξη της ανοιχτής μορφής περίθαλψης (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

#### **3.4.2.1 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ**

Τα συγκεκριμένα θεραπευτήρια δεν είναι ιδρύματα που αφορούν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους. Στο μεγαλύτερο όμως ποσοστό τους τα άτομα που εξυπηρετούνται είναι ηλικιωμένοι, αφού λόγω του περιορισμού των ψυχοσωματικών λειτουργιών τους, αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα που χρήζουν πιο εντατικής και καθημερινής θεραπείας και προσοχής. Εκτός από δημόσια λειτουργούν και ιδιωτικές κλινικές για αυτό το σκοπό (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

#### **3.4.2.2 ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ**

Οι δομές της ανοιχτής περίθαλψης παρουσιάζουν ακόμα κενά στον τρόπο λειτουργίας τους αλλά και στις υπηρεσίες που προσφέρουν. Έτσι παρά το γεγονός πως η ιδρυματική περίθαλψη έχει τα αρνητικά της τα γηροκομεία δεν παύουν να είναι σε κάποιο βαθμό απαραίτητα ως προς την φροντίδα των ηλικιωμένων. Γίνονται προσπάθειες βέβαια να απομακρυνθεί η λογική του ασύλου, όπως αυτή επικρατούσε σε παλαιότερες εποχές, και βασικότερος στόχος των ιδρυμάτων αυτών είναι η πλήρης κάλυψη όλων των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ανάγκες δεν είναι μόνο

οι βασικές, αλλά και η κοινωνικοποίηση που την πετυχαίνουν με διάφορα ανοίγματα στην κοινότητα και τη διασύνδεση και συνεργασία με άλλους φορείς που δραστηριοποιούνται στην ίδια κατεύθυνση (π.χ. Κ.Α.Π.Η). Όλα αυτά βέβαια δεν εφαρμόζονται απόλυτα σε όλα τα γηροκομεία καθώς η εφαρμογή τους εξαρτάται από τις διοικήσεις του κάθε ιδρύματος (Σαρρής, 2001).

Τα γηροκομεία μπορούμε να τα διακρίνουμε σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το φορέα υλοποίησής τους:

**1. Στα δημόσια γηροκομεία:** την ευθύνη της λειτουργίας των ιδρυμάτων αυτών έχει το κράτος και συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Είναι τα μοναδικά ίσως που κινούνται με γνώμονα τις επιταγές του προσανατολισμού που αναφέρθηκε πιο πάνω καθώς ακολουθούν την θεσμοθετημένη κοινωνική πολιτική που ασκεί ο φορέας της λειτουργίας τους, το κράτος και δεν έχουν άλλα κίνητρα (π.χ. οικονομικά).

Οι προϋποθέσεις εισαγωγής ενός ηλικιωμένου σε ένα δημόσιο γηροκομείο είναι οι εξής:

- Ο ηλικιωμένος πρέπει να έχει συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του.
- Ο ηλικιωμένος πρέπει να είναι αυτοεξυπηρετούμενος.
- Δεν πρέπει να έχει κάποια διανοητική αναπηρία ή ψυχική διαταραχή ή αν έχει να είναι σε μικρό βαθμό που να μην εμποδίζει τη συμβίωσή του με άλλα άτομα.
- Δεν πάσχει από επιληψία.
- Δεν έχει βαριά τραύματα ή κατακλύσεις στο σώμα του.
- Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες.
- Δεν πάσχει από κάποιο βαρύ νόσημα που να χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας.
- Αντιμετωπίζουν αποδεδειγμένα σημαντικά οικονομικά προβλήματα (Παπαδάκης, 2009).

**2. Στα ιδιωτικά γηροκομεία:** οι προϋποθέσεις εισαγωγής στα δημόσια γηροκομεία, και ο περιορισμένος αριθμός κλινών αλλά και ιδρυμάτων δεν είναι ικανά να καλύψουν όλους τους ηλικιωμένους που τα έχουν ανάγκη αλλά και αυτές τους τις ανάγκες. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν και τα ιδιωτικά γηροκομεία. Για την κάλυψη του κενού που αφήνουν τα δημόσια γηροκομεία. Το κράτος και το αρμόδιο υπουργείο ασκούν έλεγχο και εποπτεία στα ιδιωτικά ιδρύματα χωρίς όμως να είναι

αυστηροί οι έλεγχοι που πραγματοποιούνται. Αντίθετα είναι απολύτως επιφανειακοί και αφορούν κυρίως στο οικονομικό σκέλος της λειτουργίας τους και όχι στις διαδικασίες κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Έτσι λόγω του γεγονότος ότι είναι ελεύθερα από άποψη ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών, υπάρχει μια αυθαίρετη λειτουργία τους. Καταλήγουν να είναι απόλυτα κερδοσκοπικοί οργανισμοί και για να αποκομίσουν μεγαλύτερο κέρδος καταφεύγουν σε περικοπές κόστους από βασικές για το ίδρυμα λειτουργίες και δεν προσφέρουν, στα άτομα που καταφεύγουν σε αυτά, την απαραίτητα ποιότητα ζωής (επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό, άνετους χώρους διαβίωσης, διοργάνωση δραστηριοτήτων για τους ηλικιωμένους) (Παπαδάκης, 2009).

**3. Στα εκκλησιαστικά γηροκομεία:** Η λειτουργία τους είναι ευθύνη της αρχιεπισκοπής και συνήθως οφείλονται σε πρωτοβουλίες των κατά τόπους Μητροπολιτών. Τα πιο παλιά χρόνια τα εκκλησιαστικά γηροκομεία ήταν τα μόνα που λειτουργούσαν στην Ελλάδα και για το λόγο αυτό είναι και τα περισσότερα σε αριθμό. Το κράτος δεν παρεμβαίνει σε αυτά και δεν υπόκεινται σε έλεγχο και στην κρατική κοινωνική πολιτική. Έτσι έχουν και εφαρμόζουν μια δική τους προσέγγιση στον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 1996).

#### **3.4.2.2.1 ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΕΥΓΗΡΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

Το Πτωχοκομείο Πατρών "Ο Απόστολος Ανδρέας" συστάθηκε το έτος 1876 με το από 27-1-1876 Β.Δ. (ΦΕΚ 11/21-2-1876) κληροδότημα του αιμνήστου Αρχιεπισκόπου Πατρών και Ήλιδος Κυρίλλου Χαιρωνίδου. Κατ' αρχήν λειτούργησε στα επί της οδού Δ. Γούναρη-Καραϊσκάκη κτίρια του (τότε Επισκοπείου) μέχρι του έτους 1906 που μεταστεγάστηκε στα κτίρια της Ακτής Δυμαίων αριθμ. 53. Τα κτίρια αυτά έγιναν με δαπάνη των ευπόρων τάξεων και κάλυψαν τις ανάγκες των πτωχών και ανικάνων υπερηλίκων συμπολιτών μας και της επαρχίας Πατρών γενικότερα. Το Πτωχοκομείο λειτούργησε ως Φιλανθρωπικό Σωματείο και είχε ως πόρους τις συνδρομές, τις δωρεές, τα κληροδοτήματα των συμπολιτών, τα ενοίκια και μέχρι του έτους 1967 τις επιχορηγήσεις του Δήμου Πατρέων (<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>).



Ως τότε το Κράτος δεν επιχορηγούσε το Πτωχοκομείο παρά ελάχιστες φορές. Μετά την ανέλπιστη δωρεά του νέου κτιρίου από την κ. Πηνελόπη Κωνσταντοπούλου και κατ' επιταγή του Ν.Δ. 162/1973 "περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων" (ΦΕΚ 227/24-9-1973 τ.Α) την 22-1-1989 έλαβε νέα ονομασία το Σωματείο "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΤΕΩΣ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ")" και από την 1-5-1989 μεταστεγάσθηκε στην περιοχή Γηροκομείου Πατρών ύπερθεν της Ιεράς Μονής της Παναγίας της Γηροκομίτισσας, όπου κατά τους βυζαντινούς χρόνους υπήρξε ευαγής οίκος που κατά τον Ιστορικό Στέφανο Θωμόπουλο, ήταν «προς περίθαλψιν των εκ του γήρατος καταπεπονημένων πενήτων» (<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>).

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός του Φιλανθρωπικού Σωματείου υπό την επωνυμίας ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΣ ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ – ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ (ΤΕΩΣ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ") είναι η εις τας εγκαταστάσεις του παροχή κλειστής περιθάλψεως:

- Ογδόντα (80) οικονομικώς αδυνάτων υπερηλίκων, αυτοεξυπηρετούμενων, άνω των 65 ετών.
- Είκοσι τριών (23) υπερηλίκων μη αυτοεξυπηρετούμενων άνω των 65 ετών. Προτιμώνται οι εν τω Ευγηρείω περιθαλπόμενοι οι οποίοι κατά τον χρόνον της περιθάλψεως τους κατέστησαν ημικατάκοιτοι ή κατάκοιτοι μη αυτοεξυπηρετούμενοι.

Ο Κωνσταντοπούλειος Οίκος Ευγηρίας και Χρονίων Παθήσεων παρέχει στα υπερήλικα άτομα που περιθάλπει, ισότιμα και ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση υγιεινή στέγη σε δίκλινα δωμάτια, διατροφή, κατάλληλο ματισμό, πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσιοθεραπευτική αγωγή, κοινωνική συμπαράσταση, κοινωνική εργασία, εργασιοθεραπεία και ψυχαγωγία. (<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>).

## **Η Πτέρυγα Ι**

– Το τμήμα φυσικοθεραπείας (με 78 ιατρικά όργανα-συσκευές-κ.λ.π.) στο υπόγειο που είναι για την περιοχή εκείνη ισόγειο.

- Μια μονάδα των 8 δωματίων διαμονής γερόντων και αίθουσα υποδοχής επισκεπτών στο ισόγειο.
- Μια όμοια μονάδα των 8 δωματίων διαμονής γερόντων και Βιβλιοθήκη-Αναγνωστήριο στο πρώτο όροφο.
- Μια μονάδα 8 δωματίων διαμονής γερόντων στον δεύτερο όροφο.

### **Η κεντρική πτέρυγα II**

- Μηχανοστάσιο, Λεβητοστάσιο, Αποθήκες στο υπόγειο.
- Την κύρια είσοδο, Τραπεζαρία, Αίθουσα αναψυχής και τη Διοίκηση στο ισόγειο.
- Το ιατρείο, 2 δωμάτια αναρρωτηρίου και 4 δωμάτια διαμονής ή και μονώσεως στον πρώτο όροφο.
- Μια μονάδα των 8 δωματίων διαμονής γερόντων και διαμονή διευθυνούσης στον δεύτερο όροφο.

### **Η κεντρική πτέρυγα III**

- Πλυντήριο, Αποθήκες, Νεκροφυλάκιο στο υπόγειο.
- Την Κουζίνα, την υπηρεσιακή είσοδο, τα δωμάτια προσωπικού στο ισόγειο.
- Μια μονάδα 10 δωματίων διαμονής γερόντων στον πρώτο όροφο.
- Μια όμοια μονάδα 10 δωματίων διαμονής γερόντων στον δεύτερο όροφο.

Συνολικά λοιπόν το κτίριο περιλαμβάνει 52 δίκλινα δωμάτια διαμονής γερόντων και τους αναγκαίους χώρους για την εξυπηρέτησή τους (<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>).

## **3.5 ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΩΔΡΥΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Από τις δεκαετίες του '50 και του '60, ήδη, σε χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης παρατηρούνται δράσεις που ως σκοπό έχουν τη μείωση της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο και την εξασφάλιση μια ποιοτικής ζωής για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, με τη δημιουργία ξενώνων αυτόνομης και ημιαυτόνομης διαβίωσης και την ενίσχυση δράσεων σε κοινοτικό επίπεδο (Zeitlin & Pochet, 2005).

Παραπέρα πολιτικές με στόχο την αποιδρυματοποίηση, την ανάπτυξη πρωτοβουλιών σε επίπεδο κοινότητας, την παροχή βοήθειας στο σπίτι των

ηλικιωμένων ατόμων και την ενίσχυση του ρόλου της οικογένειας, άρχισαν να κάνουν την εμφάνιση τους ως εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας. Αρκετά αργότερα κυρίως κατά τη δεκαετία του '90 άρχισαν να αναλαμβάνονται παρόμοιες δράσεις και στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Τα τελευταία χρόνια η κοινωνικές πολιτικές των διάφορων ευρωπαϊκών χωρών εστιάζονται περισσότερο από ποτέ στην παροχή φροντίδας των ηλικιωμένων στο πλαίσιο του περιβάλλοντος όπου ζουν, στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί το καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής παράλληλα με την αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων που διατίθενται στην ανάπτυξη κοινωνικών πολιτικών (Zeitlin & Pochet, 2005).

Παρακάτω θα μελετήσουμε τα παραδείγματα χρηματοδότησης, οργάνωσης και λειτουργίας δομών εξωιδρυματικής φροντίδας ηλικιωμένων όπως αυτά λαμβάνουν χώρα σε διάφορες χώρες. Στην περίπτωση της Γερμανίας και της Ολλανδίας τόσο οι υπηρεσίες υγείας όσο και οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας κατ' οίκον προβλέπονται και καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Παράλληλα υπάρχει ένας αρκετά ανεπτυγμένος εθελοντικός τομέας, ο οποίος προσφέρει παρόμοιες υπηρεσίες (Zeitlin & Pochet, 2005)

Η αξιολόγηση των εξυπηρετούμενων για την ένταξη στα προγράμματα γίνεται βάσει καθορισμένων κριτηρίων από συγκεκριμένους φορείς (π.χ Κέντρα Αξιολόγησης των Αναγκών για Φροντίδα, στην περίπτωση της Ολλανδίας). Ο ηλικιωμένος ο οποίος είναι δικαιούχος των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον μπορεί να επιλέξει μεταξύ της παροχής υπηρεσιών ή της καταβολής ενός επιδόματος, ή ένα συνδυασμό των δύο. (Zeitlin & Pochet, 2005)

Στη Σουηδία οι υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων παρέχονται σε μεγάλο ποσοστό στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης (σε ποσοστό 90%). Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν γεύματα, καθαριότητα, ψώνια, μετακίνηση και τηλεφωνική γραμμή στη περίπτωση εκτάκτου ανάγκης. Επιπλέον παρέχεται ιατρική και κοινωνική φροντίδα. Το 16% των ηλικιωμένων πάνω από 80% και το 15% των ηλικιωμένων πάνω από 65 ετών ζουν σε ειδικούς ξενώνες όπου παρέργεται ολόημερη φροντίδα. Η χρηματοδότηση του συνόλου των υπηρεσιών βασίζεται στη γενική φορολογία (κατά 77%), την τοπική αυτοδιοίκηση (20%) ενώ η συνεισφορά των εξυπηρετούμενων ανέρχεται στο 3%. Σε γενικές γραμμές, το σύστημα φροντίδας των ηλικιωμένων είναι παρόμοιο στην Νορβηγία και την Φιλανδία (Zeitlin & Pochet, 2005).

Στη Δανία η τοπική αυτοδιοίκηση χρηματοδοτεί ξενώνες ημιαυτόνομης διαβίωσης, κατ' οίκον υπηρεσίες, και κέντρα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Υπάρχουν Κοινοτικά κέντρα υγείας τα οποία είναι προσανατολισμένα στην παροχή κοινωνικής και νοσηλευτικής βοήθειας κατ' οίκον, στηρίζοντας την ανεξάρτητη διαβίωση των ηλικιωμένων στα πλαίσια της κοινότητας (Τεπέρογλου, 1994).

Στην περίπτωση της Γαλλίας οι υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας αποτελεί στοιχείο της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και της τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ η κοινωνική φροντίδα ανήκει καθαρά στη σφαίρα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Μετά το γεγονός του καλοκαιριού του 2003 η γαλλική κυβέρνηση έχει αποφασίσει την αύξηση των θέσεων στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, την δημιουργία 200 νέων κέντρων, την πρόσληψη 14000 ατόμων στις υπηρεσίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και στρέφεται σε πολιτικές που ως βάση έχουν την κοινότητα. Η αδυναμία του γαλλικού συστήματος υπήρξε η μεγάλη του στήριξη σε δομές κλειστού τύπου, χωρίς να δίνει έμφαση στη ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα που βασίζεται στην κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών (όπως στις σκανδιναβικές χώρες) και στην έλλειψη του στηρίγματος της οικογένειας που άτυπα υποκαθιστά τις κοινωνικές υπηρεσίες στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου (Τεπέρογλου, 1994).

Στην Ισπανία η χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας κατ' οίκον άρχισε να λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια, ενώ το 78% των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα δέχονται φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας τους. Η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται κατά βάση από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας από της τοπικές αρχές (50% από την τοπική αυτοδιοίκηση, 30% από της αυτόνομες κυβερνήσεις και 20% από το κράτος) ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

Στην Πορτογαλία επίσης η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Η παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών για την στήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας άρχισε να εφαρμόζεται από το 1997, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης και με σημαντική συμμετοχή μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων τα οποία ανέκαθεν είχαν ισχυρή παρουσία. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι η τοπική αυτοδιοίκηση. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κομμάτι του συστήματος υγείας, ενώ η παροχή κοινωνικής φροντίδας

είναι κομμάτι του κοινωνικού συστήματος ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

Τέλος, στην Βρετανία οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αποτελούν μέρος του εθνικού συστήματος υγείας, ενώ την ευθύνη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας έχει η τοπική αυτοδιοίκηση. Αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών, αυτή γίνεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Η παροχή υπηρεσιών γίνεται τόσο στο σπίτι όσο και ξενώνες ημιαυτόνομης διαβίωσης οι οποίοι αποτελούν πολλές φορές ένα ενδιάμεσο σταθμό πριν την οριστική επιστροφή στο σπίτι ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

Γενικά οι πολιτικές που στοχεύουν στη φροντίδα και τη στήριξη της τρίτης ηλικίας, στις περισσότερες χώρες επηρεάζονται από τις πολιτικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές, από την παράδοση τους στην αντιμετώπιση θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας και από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Οι τάσεις στην αντιμετώπιση των θεμάτων των ηλικιωμένων, είναι επίσης στενά συνδεδεμένες με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης, τον τρόπο οργάνωσης του εθνικού συστήματος υγείας και τον τρόπο οργάνωσης της κεντρικής και τοπικής αυτοδιοίκησης ([http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikiomenon.pdf)).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο ιδρυματισμός είναι μια έννοια η οποία δεν έχει απασχολήσει αυτούσια τη βιβλιογραφία καθώς τις περισσότερες φορές μελετάται παράλληλα με άλλα φαινόμενα στα οποία δίνεται και μεγαλύτερη έμφαση όπως ο αποϊδρυματισμός και η αποασυλοποίηση. Ο όρος ιδρυματισμός αφορά το σύνολο των σωματικών και ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται μετά από μακρόχρονη παραμονή σε ίδρυμα περίθαλψης. Ουσιαστικά, με την παραμονή ενός ενήλικα σε ένα ίδρυμα (ψυχιατρικό νοσοκομείο, γηροκομείο, σωφρονιστικό ίδρυμα κ.α.) αρχίζουν να εμφανίζονται προβλήματα στη κοινωνική ζωή του αλλά και γενικότερα στη ψυχοσύνθεσή του. Με άλλα λόγια, γίνονται πιο επιρρεπή ψυχολογικά και προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, ο όρος ιδρυματισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για να δηλώσει τη διαμονή ενός ατόμου σε ένα ίδρυμα όσο και ότι πάσχει από σωματικές ή ψυχολογικές διαταραχές λόγω της παρατεταμένης διαμονής του σε ένα ίδρυμα (Μουζακίτης, 1988).

#### 4.2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟΝ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ

Οι λόγοι που ηλικιωμένοι άνθρωποι οδηγούνται στην είσοδό τους σε ιδρύματα είναι κατά κύριο λόγο οικονομικής και κοινωνικής φύσεως.

Οι πιο σημαντικοί λόγοι ομαδοποιούνται ως εξής:

- Οικογενειακά προβλήματα:

Το δίκτυο της άτυπης φροντίδας συγγενών και φίλων δεν μπορεί να βοηθήσει τον ηλικιωμένο είτε επειδή βρίσκεται μακριά του είτε επειδή εργάζεται είτε επειδή και εκείνο αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας που δεν του επιτρέπουν να παρέχει φροντίδα και σε άλλους. Εκτός των άλλων στις μέρες μας πληθαίνουν οι οικογένειες που δεν επιθυμούν να φροντίσουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι ότι δεν υπάρχει από την πολιτεία οικονομική στήριξη των οικογενειών που αναλαμβάνουν την περίθαλψη ηλικιωμένων. Έτσι η οικογένεια καταλήγει είτε στην διαμονή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα είτε στην

πρόσληψη ενός φροντιστή ο οποίος θα περιποιείται τον ηλικιωμένο (Τεπέρογλου, 2004).

- Αίσθημα μοναξιάς και εγκατάλειψης:

Πολύ συχνά οι ηλικιωμένοι αισθάνονται μοναξιά είτε επειδή ο σύντροφός τους έχει φύγει από τη ζωή είτε επειδή οι υπόλοιποι συγγενείς είναι μακριά του. Έτσι αναζητούν συντροφιά και περίθαλψη στο χώρο ενός γηροκομείου, από το να μείνουν μόνοι τους μέσα σε ένα σπίτι χωρίς να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν αλλά και να έχουν συντροφιά.

- Κακή κατάσταση υγείας:

Υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι οι οποίοι παρότι μπορεί τα άτυπα δίκτυα φροντίδας να επιθυμούν να τους βοηθήσουν η κατάσταση της υγείας τους να μη τους βοηθάει. Ανάπηροι, ηλικιωμένοι με νοητικές και ψυχικές διαταραχές, με πολλές δυσκολίες στη κινητικότητα, με κρίσεις θυμού, με χρόνια κατάθλιψη, καθηλωμένοι στο κρεβάτι και με άνοια δημιουργούν πολλά προβλήματα στην ομαλή οικογενειακή λειτουργία. Άλλωστε χωρίς αμφιβολία υπάρχουν ασθένειες που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι.

- Άρνηση για παροχή φροντίδας και περίθαλψης λόγω εγωκεντρισμού:

Είναι συχνό φαινόμενο οι δικαιολογίες του τύπου ότι δεν αντέχουν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή μέσα στο ίδιο τους το σπίτι ή να τον επισκέπτονται καθημερινά για πολλές ώρες στο δικό του. Έτσι κι αλλιώς χρόνια προβλήματα υγείας δημιουργούν στο σπίτι μια ανυπόφορη κατάσταση με αποτέλεσμα οι συγγενείς να επιλέγουν να βάλουν τον ηλικιωμένο σε ιδρύματα τα οποία δέχονται ηλικιωμένους με σοβαρά προβλήματα υγείας.

- Οικονομικά προβλήματα:

Είναι συχνές οι περιπτώσεις ηλικιωμένοι οι οποίοι έχουν μικρό εισόδημα να μη μπορούν να αντιμετωπίσουν λόγω της άσχημης οικονομικής τους κατάστασης τα προβλήματα υγείας που τους ταλαιπωρούν.

- Έλλειψη υπηρεσιών κατά οίκον περίθαλψης:

Σίγουρα θα ήταν μια μεγάλη ανάσα αν υπήρχε ένα οργανωμένο δίκτυο για την φροντίδα και τη περίθαλψη κατά οίκον ηλικιωμένων με σοβαρά προβλήματα. Θα βοηθούσε τόσο τους ίδιους όσο και τους συγγενείς τους καθώς θα παρεχόταν η περίθαλψη από ειδικούς νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς ενώ και οι ηλικιωμένοι θα αισθάνονταν πιο ασφαλείς έχοντας μια συχνή επικοινωνία με ειδικούς οι οποίοι γνωρίζουν καλά την κατάσταση της υγείας του και πώς να την αντιμετωπίσουν.

#### **4.3. ΠΡΟΦΙΛ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΓΟΥΝ ΤΗ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Μία προσπάθεια να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των ηλικιωμένων που επιλέγουν την κλειστή περίθαλψη θα κατέληγε στα ακόλουθα συμπεράσματα. Όσον αφορά την ηλικία οι περισσότεροι τρόφιμοι είναι υπερήλικες. Μάλιστα όσο μεγαλύτερος είναι ο ηλικιωμένος τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες ιδρυματοποίησης του. Επιπλέον, οι περισσότεροι είναι άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά ενώ η πλειοψηφία πάσχει από σοβαρές και χρόνιες ασθένειες. Ως προς το φύλο στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης διαμένουν περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες ενώ οι περισσότεροι τρόφιμοι αισθάνονται μοναξιά και φοβούνται ότι θα πεθάνουν εγκαταλελειμμένοι από όλους.

Εκτός των άλλων πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και στις ανάγκες των ηλικιωμένων που διαμένουν σε κλειστά ιδρύματα περίθαλψης. Αρχικά θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα στη προσαρμογή του ηλικιωμένου στο ίδρυμα. Ειδικά αν σκεφτούμε πως στο δωμάτιο ή στο θάλαμο που θα βρίσκεται ο ηλικιωμένος θα περνάει τις περισσότερες ώρες της ημέρας του. Συνεπώς είναι σημαντικό ο χώρος να είναι περιποιημένος και να τον κάνει να αισθάνεται όμορφα. Επιπλέον, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως και οι τρόφιμοι είναι άνθρωποι για αυτό χρειάζονται και τον προσωπικό τους χώρο ακόμα κι αν αυτός είναι και ένα πολύ μικρό συρτάρι δίπλα στο κρεβάτι τους. Παράλληλα άλλη μια σημαντική τους ανάγκη είναι η επικοινωνία και η ψυχαγωγία. Επιθυμούν όσο τίποτα άλλο να έχουν επαφές με τους άλλους τροφίμους και με το προσωπικό ενώ και η ψυχαγωγία τους είναι πολύ σημαντική και θα πρέπει να μεριμνήσει το προσωπικό και για αυτή (Παπαδάκης, 2009).



#### **4.4. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ**

Η ιδρυματική περίθαλψη στα γηροκομεία παρέχει στα άτομα της τρίτης ηλικίας τα εξής:

- α) παροχή στέγης
- β) καθημερινά γεύματα
- γ) βοήθεια στη σωματική υγιεινή
- δ) νοσηλεία, παρακολούθηση και λήψη των απαραίτητων φαρμάκων καθώς και τη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων σύμφωνα με την κατάσταση του κάθε ηλικιωμένου
- ε) κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες
- στ) καθαριότητα των ρούχων και του χώρου στο οποίο διαμένουν οι ηλικιωμένοι.

Με την αύξηση του προσδοκώμενου όρου ζωής ο αριθμός των ηλικιωμένων που απαιτούν φροντίδα και περίθαλψη μεγαλώνει συνεχώς. Μεγάλα προβλήματα παρουσιάζονται όταν οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα βαριάς σωματικής ή ψυχοδιανοητικής αναπηρίας καθώς στο σπίτι καθίσταται προβληματική ή αδύνατη η διαμονή τους. Σε τέτοιες καταστάσεις το γηροκομείο είναι η έσχατη λύση όταν δεν μπορεί το οικογενειακό περιβάλλον να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ([http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK\\_RACF\\_fact\\_sheet\\_FINAL\\_.pdf](http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK_RACF_fact_sheet_FINAL_.pdf)).

##### **4.4.1.ΕΙΔΗ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

Υπάρχουν δύο είδη γηροκομείων, τα γηροκομεία παροχής χαμηλού επιπέδου φροντίδας και τα γηροκομεία παροχής υψηλού επιπέδου φροντίδας. Η χαμηλού επιπέδου φροντίδα δίδεται σε άτομα τα οποία μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (μπορούν να περπατούν και να χρησιμοποιήσουν την τουαλέτα μόνοι τους). Από την άλλη πλευρά στα γηροκομεία υψηλού επιπέδου φροντίδας παρέχουν περίθαλψη σε άτομα που χρειάζονται μεγαλύτερη βοήθεια και αποκλειστική νοσοκομειακή φροντίδα όλο το εικοσιτετράωρο. Υπάρχουν και

γηροκομεία τα οποία συνδυάζουν υψηλού και χαμηλού επιπέδου φροντίδας ([http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK\\_RACF\\_fact\\_sheet\\_FINAL\\_.pdf](http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK_RACF_fact_sheet_FINAL_.pdf)).

Όσο αφορά το κόστος τα γηροκομεία χρεώνουν τους πελάτες τους με τέλη που υπολογίζονται με βάση την οικονομική κατάσταση του κάθε εξυπηρετούμενου. Υπάρχουν ουσιαστικά δύο ειδών συνεισφορές :

- τα ημερήσια τέλη και
- η πληρωμή για στέγαση

Τα ημερήσια τέλη είναι η συνεισφορά για τα καθημερινά έξοδα διαβίωσης και φροντίδας (γεύματα, υπηρεσίες πλυντηρίου και καθαριότητας, ατομική φροντίδα και αποκλειστική νοσοκόμα). Το ποσό της συνεισφοράς εξαρτάται από το υ ηλικιωμένου. Οι πληρωμές στέγασης είναι οι συνεισφορές στα έξοδα κατοικίας. Υπάρχουν βέβαια και ειδικές προβλέψεις για περιπτώσεις δυσχερών οικονομικών συνθηκών καθώς υπάρχουν και τρόφιμοι που αντιμετωπίζουν πραγματική δυσκολία στην αποπληρωμή των τελών και των χρεώσεων (Παπαδάκης, 2009).

Ορισμένα γηροκομεία τα οποία παρέχουν τις αποκαλούμενες «επιπλέον υπηρεσίες». Αυτό σημαίνει ότι το ίδρυμα παρέχει υψηλότερου επιπέδου στέγαση, γεύματα και υπηρεσίες. Στα ιδρύματα που εμπεριέχονται επιπλέον υπηρεσίες ο εξυπηρετούμενος επιβαρύνεται περισσότερο. Οι «επιπλέον υπηρεσίες» μπορεί να διαφέρουν και πιθανόν να περιλαμβάνουν ένα μεγαλύτερο δωμάτιο, καλύτερης ποιότητας και μεγαλύτερης ποικιλία στο δείπνο ή καλύτερη διακόσμηση του χώρου. Δεν σημαίνει ότι παρέχεται υψηλότερο επίπεδο φροντίδας (Παπαδάκης, 2009).

Μελέτες και έρευνες στην Ελλάδα έδειξαν ότι κατά συντριπτική πλειοψηφία οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι τους στο σπίτι τους ή με τα παιδιά τους. Ακόμα, και υπερήλικες με πολλά και χρόνια προβλήματα υγείας εξακολουθούν να δέχονται φροντίδα και περίθαλψη στο σπίτι από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας (οικογένεια, φίλους και γείτονες). Ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ζει σε γηροκομεία και ιδρύματα είτε αναγκαστικά είτε οικειοθελώς. Αιτία του χαμηλού ποσοστού είναι ότι η ελληνική οικογένεια είναι κατά κανόνα πρόθυμη να φροντίσει τους ηλικιωμένους ενώ αποτρεπτικός παράγοντας είναι χαμηλής ποιότητας των γηροκομείων και των ιδρυμάτων γεγονός που αποθαρρύνει την απόφαση για λήψη ιδρυματικής περίθαλψης (Παπαδάκης, 2009).

#### **4.5. ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Το κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, Ιδρυμάτων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των φορέων βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002, ο συνολικός αριθμός ατόμων 60 ετών και άνω που φιλοξενούνται σε κρατικές μονάδες κλειστής περίθαλψης ανέρχεται σε 2660 άτομα, εκ των οποίων 671 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60-65 ετών, 483 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 66-70, ενώ 1506 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι παρότι ως ηλικιωμένοι θεωρούνται τα άτομα 65 ετών και άνω, οι φορείς αυτοί μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα μικρότερης ηλικίας (Τεπέρογλου, 2004).

Όσον αφορά στον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, λειτουργούν 57 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης, έχουν και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Οι Μονάδες αυτές, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002 φιλοξενούν 2805 άτομα, εκ των οποίων 146 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60 - 65 ετών, 247 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-70ετών, ενώ 2412 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι και σε αυτήν την κατηγορία, οι φορείς μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα κάτω των 65 ετών. Το μεγαλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/socprot/healthcare/el\\_healthreply\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/el_healthreply_el.pdf)).

Βέβαια, σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι οι κτιριακές εγκαταστάσεις των περισσότερων ιδρυμάτων πρέπει να εκσυγχρονιστούν καθώς και να στελεχωθούν ενώ υπάρχει και έλλειψη προγραμμάτων απασχόλησης των εξυπηρετούμενων επιπέδου. ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/socprot/healthcare/el\\_healthreply\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/el_healthreply_el.pdf)).

#### **4.6. ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»**

Οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνονται. Αυτό συμβαίνει επειδή οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν από τους ηλικιωμένους που θα δεχτούν να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται, προϋπόθεση που αποκλείει μεγάλο μέρος ατόμων της τρίτης ηλικίας. Έτσι όσοι επιθυμούν και έχουν και την οικονομική δυνατότητα να το κάνουν προτιμούν τους ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας. (Αμίτσης, 1990)

Φυσικά για να λειτουργήσει ένας ιδιωτικός οίκος ευγηρίας πρέπει να τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις (π.χ. ποιος θα είναι ο αριθμός των ηλικιωμένων που μπορεί να φιλοξενήσει) όμως στους περισσότερους ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας δεν τηρούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις που επιβάλλει ο νόμος ενώ κάποιιοι δεν έχουν ούτε άδεια λειτουργίας. Ουσιαστικά οι περισσότεροι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας λειτουργούν όπως οι επιχειρήσεις καθώς το πιο σημαντικό από όλα για αυτούς είναι το κέρδος. Έτσι η οικογένεια και οι συγγενείς θα κληθούν να αποφασίσουν αν οι συνθήκες και οι παροχές του ιδιωτικού οίκου ευγηρίας που επιθυμούν να ενταχθεί ο ηλικιωμένος συγγενής τους πληροί της κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε η διαμονή του να είναι ασφαλής και χωρίς προβλήματα (Αμίτσης, 1990).

#### **4.7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Ο E. Goffman, το 1968, στο βιβλίο του Τα Άσυλα, ορίζει ως ίδρυμα "...ένα μέρος διαμονής και εργασίας, όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων διαχωρίζονται από την ευρύτερη κοινότητα για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και διάγουν ένα περιοριστικό και αυστηρά διαχειριζόμενο τρόπο ζωής". Τα ιδρύματα μαζί με τα ψυχιατρεία, τα μοναστήρια, τους οίκους ευγηρίας και τις φυλακές αποτελούν ολοκληρωτικά (total) άσυλα. Τα χαρακτηριστικά ενός ολοκληρωτικού ασύλου, πάντα κατά τον Goffman (1968), είναι τα ακόλουθα

(<http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/746/132.pdf>):

- i. Ο κόσμος του κρατούμενου, του ασθενή κ.λπ. εμπεριέχεται στην ολότητα του ιδρύματος, με περιορισμένη πρόσβαση στον έξω κόσμο, π.χ. επισκέψεις από φίλους ή συγγενείς.

- ii. Υπάρχει μια ιεραρχία στην εξουσία και δύναμη. Γενικά - αλλά όχι πάντα - το προσωπικό έχει την εξουσία και όχι οι εξυπηρετούμενοι.
- iii. Το ίδρυμα είναι ένας οργανισμός. Υπάρχουν κανόνες & κανονισμοί και για τους κρατούμενους και για το προσωπικό, καθώς επίσης και εντολές για υπακοή και συμμόρφωση σε αυτούς τους κανόνες. Υπάρχει ο ρόλος του εξυπηρετούμενου και ο ρόλος του προσωπικού.
- iv. Ως οργανισμός, το ίδρυμα έχει σκοπούς και στόχους.
- v. Για να επιτευχθούν οι στόχοι του ιδρύματος, οι δραστηριότητες μέσα σε αυτό οργανώνονται σύμφωνα με ένα «ορθολογιστικό πλάνο»: υπάρχει χρονοδιάγραμμα που κανονίζει τις κινήσεις και τη συμπεριφορά των εξυπηρετούντων (έτσι υπάρχει συνεχής τάξη & σταθερότητα), με πολύ λίγα περιθώρια ιδιωτικότητας ή προσωπικών επιλογών.

Η διαδικασία του ιδρυματισμού-εγκλεισμού είναι μια περίπλοκη εμπειρία για των ηλικιωμένο . Καθώς συνεπάγεται τις περισσότερες φορές:

- i. τη βίαιη αποκοπή του ατόμου από το οικείο του οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και την εξίσου βίαιη ένταξη του σε ένα άγνωστο - ή ένα αναπαριστώμενο αρνητικά περιβάλλον, με πολύ ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.
- ii. τη διατάραξη των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου.
- iii. την έλλειψη προοπτικής για κοινωνική αποκατάσταση

Τέλος, και ίσως και το πιο σημαντικό, ο εγκλεισμός συνεπάγεται το στιγματισμό του ηλικιωμένου (<http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/746/132.pdf>).

#### **4.7.1 ΣΤΑΔΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Ο ιδρυματισμός- εγκλεισμός συνιστά μια απότομη αλλαγή στη ζωή του ατόμου. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση τόσο υψηλής πίεσης (stress) που ουσιαστικά μπορούμε να μιλάμε για τη δημιουργία ΚΡΙΣΗΣ (από ψυχολογική σκοπιά). Η ομοιόσταση, βασική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού για την αντιμετώπιση κρίσιμων και στρεσογόνων γεγονότων ζωής, διαταράσσεται και ο οργανισμός αναζητά τρόπους για να ξανάρθει στην αρχική του ψυχολογική ισορροπία. Με βάση αυτή την ανάγκη επιβίωσης που προκύπτει, ο ηλικιωμένος που μπαίνει για πρώτη φορά στο ίδρυμα, καλείται να αντιμετωπίσει τις πρώτες άμεσες

ανάγκες του, με στόχο πάντα την προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον και την ανακούφισή του από το άγχος αλλά και από τα προβλήματα υγείας του:

- Αρχικά παρουσιάζεται η ανάγκη για διαχείριση του ΣΟΚ του εγκλεισμού, του αισθήματος απώλειας του ελέγχου και της αλλαγής της εικόνας του εαυτού, από "ελεύθερος", "φυλακισμένος". Η ανάγκη για γρήγορη προσαρμογή στη ζωή και στους ρυθμούς του ιδρύματος γίνεται ζωτική.
- Έπειτα, γίνεται αναγκαία η διατήρηση της επαφής με τον έξω κόσμο. Το πρώτο τηλεφώνημα ή η πρώτη επίσκεψη με αυτούς που είναι "έξω" γίνονται σημαντικά γεγονότα. Ο χρόνος αναμονής μιας επίσκεψης φαντάζει μια αιωνιότητα.
- Ενώ η διαχείριση του χρόνου μέσα στο ίδρυμα παίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου τροφίμου (Μουζακίτης, 1988).
- Σαν απάντηση στην υπερβολική πίεση που δέχεται ο ηλικιωμένος τις πρώτες μέρες του στο ίδρυμα ως αποτέλεσμα του εγκλεισμού του, ο οργανισμός του κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας-προσαρμογής. Από την αποτελεσματική λειτουργία αυτών των μηχανισμών εξαρτάται η ψυχολογική ισορροπία του κρατούμενου μέσα στη φυλακή. Όμως η διαδικασία του εγκλεισμού είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και η ανάπτυξη των μηχανισμών άμυνας δεν είναι πάντα εύκολη. Για παράδειγμα, ο ένας μηχανισμός που κινητοποιεί η φυλάκιση (η ανάγκη στήριξης από τους σημαντικούς άλλους) οδηγεί στην ανάγκη ανάπτυξης ενός άλλου μηχανισμού για τη διαχείριση ενός άλλου τομέα που πλήττεται (την αυτο-εκτίμηση του κρατούμενου, όντας σε καθεστώς εξάρτησης από τους άλλους) (Μουζακίτης, 1988).

Η προσαρμογή του ατόμου στις νέες συνθήκες που δημιουργούνται ως αποτέλεσμα του εγκλεισμού, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης της νέας κατάστασης εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από συγκεκριμένους παράγοντες:

- Την ηλικία: Έχει αποδειχθεί ότι οι νεώτεροι ηλικιακά εξυπηρετούμενοι αντιστέκονται περισσότερο στη δομή του ιδρύματος σε σχέση με τους μεγαλύτερους ηλικιακά, οι οποίοι υιοθετούν πιο παθητικούς τρόπους προσαρμογής (π.χ. αποφυγή).

- Την κατάσταση της υγείας: Όσοι δεν έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας προσαρμόζονται πιο εύκολα αν και έχουν και τις μεγαλύτερες απαιτήσεις (Μουζακίτης, 1988).

#### 4.7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η εμπειρία του ιδρυματισμού συνδέεται με συγκεκριμένες ψυχολογικές συνέπειες:

- Διαταραχές στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων: Η μονοτονία της ζωής στο ίδρυμα και η έλλειψη πολλών ερεθισμάτων, αν και δεν υπάρχουν έχει ως αποτέλεσμα διαταραχές στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
- Αγχώδεις διαταραχές: Οι ηλικιωμένοι μπορεί να νιώθουν την ένταση να ανεβαίνει, χωρίς να μπορούν να την καταλάβουν, να την ερμηνεύσουν ή να κάνουν κάτι γι' αυτή, μπορεί να βάλουν τις φωνές σε κάποιον από το προσωπικό ή σε άλλον τρόφιμο, μπορεί να χαλάσουν το δωμάτιό τους ή να αυτοτραυματιστούν.
- Κατάθλιψη: Κρίσιμοι θεωρούνται οι πέντε πρώτοι μήνες του εγκλεισμού. Ο Serra διακρίνει ανάμεσα σε τρεις τύπους κατάθλιψης:

α) Αγχώδης κατάθλιψη: τα χαρακτηριστικά της είναι η δύσπνοια, η ευερεθιστότητα και η ένταση.

β) Γνωστική κατάθλιψη: Τα χαρακτηριστικά της είναι η μη ικανοποίηση, η απαξίωση και η απελπισία.

γ) Κατάθλιψη που σχετίζεται με τη διατροφή: Χαρακτηρίζεται από απώλεια όρεξης και ενέργειας, και αυξημένη κούραση.

δ) Ενδογενής κατάθλιψη: Είναι η πιο σοβαρή περίπτωση. Χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, από πολύ πρωινό ξύπνημα, από απώλεια βάρους, από ευερεθιστότητα και ένταση (Μαδιανός, 2000).

Όλοι οι ηλικιωμένοι που ζουν σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης δεν βιώνουν με τον ίδιο τρόπο της εμπειρία του εγκλεισμού. Παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο και το μέγεθος της επίδρασης του εγκλεισμού περιλαμβάνουν:

- Την προσωπικότητα και ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου

- Το γνωστικό σύστημα του εξυπηρετούμενου
- Υποστηρικτικό πλαίσιο έξω από το ίδρυμα (Μαδιανός, 2000).

Σύμφωνα με τον Goffman, μια από τις παρακάτω άμυνες μπορεί να υιοθετηθούν από τον ηλικιωμένο ως μηχανισμοί πρωτογενούς προσαρμογής:

- Απόσυρση: Χαρακτηρίζεται από την ελαχιστοποίηση των επαφών με τους άλλους και την είσοδο σε μια κατάσταση πλήρους απομόνωσης. Συνδέεται με αυτό που ονομάζεται «σύνδρομο του παγώματος», το οποίο συμβαίνει στα πρώτα στάδια του εγκλεισμού και συνίσταται σε μια πλήρη έλλειψη οποιουδήποτε συναισθήματος.
- Αδιαλλαξία: Χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ηλικιωμένου να συνεργαστεί με το προσωπικό, από μια συνεχή αμφισβήτηση των κανόνων και από επιθετικότητα.
- Αποίκιση: Είναι η αίσθηση ότι η ζωή στο ίδρυμα είναι καλύτερη από έξω. Αναφέρεται κυρίως μετά από μακροχρόνιο εγκλεισμό και συνδέεται με την "ιδρυματοποίηση".
- Μετατροπή: Χαρακτηρίζεται από πλήρη συμμόρφωση του εξυπηρετούμενου με την εικόνα που έχει το προσωπικό γι' αυτόν και την πλήρη αναγωγή των μελών του προσωπικού σε "σημαντικούς άλλους" (Μαλικίωση-Λοΐζου, 2003).

#### 4.7.3 Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Η είσοδος ενός ηλικιωμένου ατόμου στο ίδρυμα μπορεί να σηματοδοτήσει αυτό που ονομάζεται «προενεργό καθεστώς»: όχι μόνο η κοινωνική του θέση εντός των τειχών είναι ριζικά διαφορετική απ' ότι ήταν έξω αλλά και, όπως τελικά θα το καταλάβει, εάν και όταν βγει έξω, η κοινωνική του θέση στον έξω κόσμο δεν θα είναι ποτέ αυτή που ήταν πριν την είσοδό του. Όταν το «προενεργό καθεστώς» είναι δυσμενές, όπως συμβαίνει με όσους βγαίνουν από ψυχιατρείο, τότε επέρχεται ο λεγόμενος «στιγματισμός». Αυτός έχει ως φυσική απόρροια ο πρώην τρώφιμος να ντρέπεται για το παρελθόν του, να προσπαθεί να το αποκρύψει για να «περνάει για καθαρός». Ένα σημαντικό είδος επιρροής που έχει το προσωπικό είναι η αρμοδιότητά του να δίνει εξιτήριο τέτοιο που να μειώνει τον



στιγματισμό. Οι διοικητικοί υπάλληλοι των ψυχιατρείων μπορούν να δώσουν ένα «καθαρό πιστοποιητικό υγείας», δηλαδή ο τρόφιμος να απολυθεί ως θεραπευμένος, καθώς και προσωπικές συστάσεις. Αυτός είναι κι ένας από τους λόγους που όταν οι τρόφιμοι βρίσκονται με το προσωπικό προσποιούνται τους ενθουσιασμένους

([http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/2286/1/6PMS\\_PSY\\_ME\\_DidaggelouDi.pdf](http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/2286/1/6PMS_PSY_ME_DidaggelouDi.pdf)).

Μια ακόμα παράμετρος άγχους για την απόλυση ενός τροφίμου είναι ο στιγματισμός, αφού το κάθε άτομο «διαθέτει» πλέον ιστορικό εγκλεισμού σε ίδρυμα. Έτσι, μετά την απόλυση, αναπόφευκτα, θα έρθει αντιμέτωπος με την ψυχρότητα του κόσμου, πολύ πιθανό είναι δε, να στιγματιστεί για το παρελθόν του σε μια ούτως ή άλλως δύσκολη στιγμή για όλους, όπως το να ψάξει να μείνει κάπου (Μαδιανός, 2000).

Ακόμη, έχει σημασία η στιγμή της απόλυσης, διότι μπορεί να γίνει σε περίοδο που ο τρόφιμος έχει προσαρμοστεί κι έχει μάθει πώς να λειτουργεί στο ίδρυμα, ώστε να απολαμβάνει τα προνόμια. Έτσι, η απόλυση μπορεί να σημαίνει ότι από την κορυφή ενός μικρόκοσμου θα βρεθεί στον πυθμένα ενός μεγαλύτερου.

Δεν είναι σπάνιο ο τρόφιμος να «ελευθερώνεται» με περιορισμούς. Σε ορισμένα ψυχιατρεία και ιδρύματα οι τρόφιμοι πριν την απόλυσή τους περνούν από μια τελευταία συνέντευξη για να διαπιστωθεί εάν έκρυβαν κάποια ενδόμυχη πικρία για το ίδρυμα και σ' εκείνους που κανόνισαν να εισαχθεί. Τον προειδοποιούν μάλιστα να μη δημιουργήσει κανένα πρόβλημα στους τελευταίους. Επιπλέον, όταν κάποιος τρόφιμος αναχωρεί συχνά πρέπει να υποσχεθεί πως αν αισθανθεί ότι «αρρωσταίνει ξανά» θα ζητήσει βοήθεια ([http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/2286/1/6PMS\\_PSY\\_ME\\_DidaggelouDi.pdf](http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/2286/1/6PMS_PSY_ME_DidaggelouDi.pdf)).

#### **4.8. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Όταν παρθεί η απόφαση για εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε ίδρυμα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι εξής παραμέτρους:

- Τι βοήθεια μπορούν οι ηλικιωμένοι να πάρουν από την οικογένειά τους και από κοινοτικά και οικιακά προγράμματα φροντίδας.
- Ποια είναι η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων και πως αισθάνονται ψυχολογικά για αυτή την απόφαση.
- Ποια θα είναι η φροντίδα και η ασφάλειά του ηλικιωμένου ατόμου.
- Αν έχει έρθει πραγματικά η ώρα για να μπει ο ηλικιωμένος σε ίδρυμα φροντίδας.
- Τα τρέχοντα έξοδα (το κόστος) της φροντίδας στα ιδρύματα.

(<http://www.agws.com.au/resources/Aged%20Care%20Services%20Handout%20-%20Greek.pdf>).

Αυτοί οι παράμετροι είναι σημαντικοί να αξιολογηθούν από τον ηλικιωμένο που χρήζει φροντίδα και από τους οικείους του γιατί οι μονάδες κλειστής περίθαλψης στην Ελλάδα εκτός από τα θετικά σημεία που διαθέτουν δυστυχώς διαθέτουν και αρνητικά.

Πιο συγκεκριμένα, τα ιδρύματα για ηλικιωμένους προσφέρουν:

- α) Ασφάλεια
- β) Περίθαλψη και νοσηλεία
- γ) Διευκόλυνση της οικογένεια που δεν μπορεί να φροντίσει τον ηλικιωμένο
- δ) Εξειδικευμένη παροχή φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό.
- ε) Η Εκκλησία βοηθάει πολύ στη κλειστή περίθαλψη ηλικιωμένων καθώς ιδρύει κέντρα υπερηλίκων στη περιφέρεια ώστε να μην ξεριζώνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό τους χώρο.

Δυστυχώς όμως υπάρχουν και αρκετά μειονεκτήματα στη κλειστή περίθαλψη ηλικιωμένων. Τα βασικότερα θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- α) Τα περισσότερα κρατικά και μη κερδοσκοπικά γηροκομεία δεν δέχονται βαριά άρρωστους ή μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποκλείονται μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων από τη κλειστή περίθαλψη καθώς δεν έχουν οι περισσότεροι την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για να νοσηλευτούν σε κάποιο ιδιωτικό ίδρυμα.

β) Άνιση κατανομή των ιδρυματικών υπηρεσιών καθώς ελλείψεις υπάρχουν ακόμα και στα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά κυρίως στη περιφέρεια.

γ) Πτώση στη πνευματική και ψυχικά υγεία των ηλικιωμένων. Αυτό συμβαίνει επειδή περιορίζεται η ανεξαρτησία των ηλικιωμένων, αλλάζουν οι συνήθειές τους, ενώ τις περισσότερες φορές μοιράζονται το ίδιο δωμάτιο και με άλλα ηλικιωμένα άτομα που έχουν και εκείνα προβλήματα υγείας.

δ) Ελλιπής υλικοτεχνική υποδομή. Η πλειοψηφία των ιδρυμάτων είναι στεγάζεται σε πολύ παλιά κτήρια ενώ και οι χώροι υγιεινής δεν είναι τις περισσότερες φορές οι ενδεδειγμένοι.

ε) Ανεπαρκή προσωπικό. Σε πολλές ειδικότητες παρουσιάζονται ελλείψεις κυρίως σε νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές.

στ) Οικονομικά προβλήματα. Τα περισσότερα ιδρύματα κλειστή περίθαλψης αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες για αυτό και αναγκάζονται να κάνουν μειώσεις στο προσωπικό αλλά και εκπτώσεις στο διατροφολόγιο των τροφίμων (<http://www.agws.com.au/resources/Aged%20Care%20Services%20Handout%20-%20Greek.pdf>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

#### 5.1. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ιδρυματοποίηση σε καμία περίπτωση δε περνάει το μήνυμα της κοινωνικής αλληλεγγύης. Ουσιαστικά, αυτό που κάνει είναι να εξαρτά τους υπερήλικες από τρίτους, να τους απομονώνει με αποτέλεσμα να ζουν σε μια «κλειστή κοινωνία» γερόντων. Το μόνο σίγουρο στη όλη κατάσταση είναι ότι υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης της διαβίωσης των ηλικιωμένων στις κλειστές μονάδες περίθαλψης. Τα μέτρα που μπορούν να παρθούν για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής (Μουζακίτης, 1988):

- Μέτρα για τη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα:
  - α) Δημιουργία χώρων που θα μπορούν οι ηλικιωμένοι να μαζευτούν, να κουβεντιάσουν και να περάσουν ευχάριστα κάποιες ώρες της ημέρας εκτός από τον χώρο στον οποίο κοιμούνται.
  - β) Καθημερινό πρόγραμμα ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων με διαφορετικές δραστηριότητες.
  - γ) Ύπαρξη βιβλιοθήκης και ταινιοθήκης
  - δ) Επαφή και με ανθρώπους του πνεύματος και πνευματικούς της ενορίας.
  - ε) Επαφή με εξειδικευμένους επιστήμονες ανάλογα με τα προβλήματα των ηλικιωμένων και στενή παρακολούθηση του κοινωνικού ιστορικού τους (Μαλικιώση – Λοϊζου, 2003).
  
- Μέτρα για την προστασία της προσωπικότητας των ηλικιωμένων:
  - α) Ευκαιρίες για φυγή από το κλειστό περιβάλλον του ιδρύματος μέσω εξορμήσεων και επισκέψεων που μπορούν να γίνουν εφόσον το επιτρέπει και η υγεία των ηλικιωμένων.
  - β) Ενδιαφέρον για τη δημιουργία ξεχωριστού διατροφολόγιου για κάθε εξυπηρετούμενο

γ) Ύπαρξη ενός κλίματος αποδοχής από όλο το προσωπικό που εμπλέκεται σε ένα ίδρυμα (Πανταζάκας & Μέντης, 2002)

- Μέτρα για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων:
  - α) Αποφυγή χώρων όπου ο εξυπηρετούμενος θα αισθάνεται απομονωμένος.
  - β) Ύπαρξη χώρου, έστω και μικρού όπου ο εξυπηρετούμενος θα έχει πρόσβαση στα προσωπικά του αντικείμενα χωρίς να έρχονται σε επαφή με αυτά και τρίτα πρόσωπα.
  - γ) Προσπάθεια για διοργάνωση εκδρομών έστω και κοντινών.
  - δ) Συχνή επαφή με συγγενείς και φίλους εφόσον υπάρχουν.
  - ε) Δημιουργία εκδηλώσεων μέσα στο ίδρυμα ώστε να έρχονται πιο κοντά οι τρόφιμοι ( Χτούρης, 1992).
  
- Μέτρα για καλύτερη οργάνωση των κλειστών μονάδων περίθαλψης:
  - α) Διοργάνωση σεμιναρίων και επιμορφώσεων του προσωπικού ώστε να βελτιώνουν συνεχώς τις υπηρεσίες που προσφέρουν
  - β) Εφαρμογή εργονομίας (π.χ. χαμηλά κρεβάτια, ράμπες, στηρίγματα στις τουαλέτες κ.α.) ώστε να διευκολύνεται η καθημερινότητα των ηλικιωμένων (Χτούρης, 1992).

## **5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις μονάδες κλειστής περίθαλψης είναι πολυσύνθετος. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ένας μεσολαβητής, μεταξύ των ηλικιωμένων που βρίσκονται στο ίδρυμα και στο εξωτερικό περιβάλλον με σκοπό την προστασία και την επανένταξη των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο. Εκτός των άλλων μπορεί να δώσει συμβουλές για πρακτικά θέματα όπως ασφαλιστικά ζητήματα κ.α..Φυσικά, δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα (Μουζακίτης, 1988).

Ο κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Έτσι, μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική φόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η

ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Μουζακίτης, 1988).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μια σωστή εκτίμηση. Γίνετε αξιολόγηση των κοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και να του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/>)

### **5.2.1. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

- Προσαρμογή του ηλικιωμένου στο ίδρυμα. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο πλαίσιο όσο και να δεχτεί το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.
- Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής
- Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του.

- Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων. Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική). Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου).
- Συλλέγουν πληροφορίες αναφορικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων
- Συλλέγουν αρχεία και αναφορές από διάφορες υπηρεσίες που αφορούν τους εξυπηρετούμενους
- Σχεδιάζουν και οργανώνουν την πολιτική που θα ακολουθήσει το ίδρυμα (Μουζακίτης, 1988).

### 5.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις ενός θεραπευτικού προγράμματος, μέσα στον κλινικό χώρο της ψυχικής υγείας, είναι η αρμονική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας και ο ρόλος της. Η διεπιστημονική ομάδα εκτός από το να συνεργάζεται αρμονικά μεταξύ της, θα πρέπει να χρησιμοποιεί κοινούς «κώδικες» επικοινωνίας, και να δρα αποτελεσματικά με τους θεραπευόμενους και την οικογένειά τους (Μουζακίτης, 1988).

Σε κάθε επαγγελματικό χώρο οι γνώσεις, η εμπειρία και η προσωπικότητα του εκάστοτε επαγγελματία, επηρεάζουν κατά πολύ το αποτέλεσμα της πρακτικής του. Ιδιαίτερα στο σύνθετο χώρο της ψυχικής υγείας, τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν καθοριστικά το αποτέλεσμα της παρέμβασης. Οι γνώσεις, οι προσωπικές στάσεις και αντιδράσεις, και γενικά η προσωπικότητα κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας είναι ένα εξαιρετικά δυναμικό στοιχείο στην θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές δυσλειτουργίες, και μπορεί να επαυξήσει ή να μειώσει μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πρακτικής (Μουζακίτης, 1988).

Οι ειδικότητες που εμπλέκονται περισσότερο στην θεραπεία και την αποκατάσταση ενός ψυχικά ασθενούς είναι οι εξής:

**Ο ψυχίατρος:** Έχει πρωτεύοντα ρόλο στην διάγνωση της διαταραχής και στον καθορισμό και έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής.

**Ο ψυχολογος:** Εφαρμόζει τις ψυχομετρικές δοκιμασίες (tests), κάνει την ψυχολογική εκτίμηση, συμμετέχει στην διάγνωση και εφαρμόζει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

**Ο κοινωνικός λειτουργός:** Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η αρχική αλλά και η συνεχής επικοινωνία με την οικογένεια.

**Ο εργοθεραπευτής:** Κύριο μέλημα του εργοθεραπευτή είναι η εκτίμηση και η ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του.

**Ο νοσηλευτής:** Ασχολείται κυρίως με την νοσηλεία και την φροντίδα των ασθενών ιδιαίτερα σε πλαίσια 24ωρης παραμονής. Επίσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας (Τεπέρογλου, 2004).

## ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ:

### **Ο ρόλος του ψυχολόγου**

Ο ρόλος του ψυχολόγου στον κλινικό χώρο χωρίζεται σε διάφορους τομείς.

- Στην λήψη ψυχολογικού ιστορικού
- Στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση μέσω τεστ και συνεντεύξεων
- Στη διάγνωση της πάθησης σε συνεργασία με τον ψυχίατρο
- Στον καθορισμό του θεραπευτικού πλαισίου και την εφαρμογή του
- Στην κινητοποίηση του περιστατικού συνεργαζόμενος με τον εργοθεραπευτή
- Στην ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του
- Μετανοσοκομειακή παρακολούθηση (Follow up)

Ο αντικειμενικός στόχος που έχει ο κλινικός ψυχολόγος για κάθε ασθενή είναι η ουσιαστική μείωση ή η εξάλειψη των συμπτωμάτων που έφεραν τον ασθενή στην κλινική και η εκπαίδευση αυτού και της οικογένειάς του μέσω της ψυχοθεραπείας και της ψυχοεκπαίδευσης με σκοπό την όσο το δυνατό μακρύτερη παραμονή του ασθενούς χωρίς υποτροπή, την πρόληψη αυτής, εάν είναι δυνατό, και τέλος την όσο το δυνατό μεγαλύτερη λειτουργικότητά του στην κοινωνία (Τεπέρογλου, 2004).

### **Ο ρόλος του εργοθεραπευτή**

Οι εργοθεραπευτές διευρύνοντας συνεχώς τις γνώσεις τους και αναπτύσσοντας μια καθ' όλα ώριμη στάση και συμπεριφορά, προσφέρουν υπηρεσίες σε πολλά επίπεδα, διευκολύνοντας και προωθώντας μεθοδευμένα τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.



Οι εργοθεραπευτές εστιάζουν κυρίως στις δυνάμεις του κάθε ατόμου, παρά στις αδυναμίες του, έτσι ώστε να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εμπλοκή του ασθενούς σε λειτουργικούς ρόλους ζωής για την κατάκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων.

Η παροχή υπηρεσιών από τον εργοθεραπευτή αφορά και στα τρία επίπεδα πρόληψης.

1. Στην πρωτοταγή πρόληψη ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας.
2. Στην δευτεροταγή πρόληψη ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε διάφορα προγράμματα που καλύπτουν όλο το φάσμα της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
3. Στην τριτοταγή πρόληψη ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε προγράμματα μεταθεραπευτικής - μετανοδομειοκομιακής παρακολούθησης (follow up)

(<http://www.lyrakos.gr/index.php/news/82-h-shmasia-tis-diepistimonikis-omadas-sto-kliniko-xwro>).

### 5.3. ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Αποϊδρυματοποίηση δεν είναι, όπως συνήθως θεωρείται, η απλή διαδικασία εξιτηρίου από το ίδρυμα.. Σημαίνει, την κινητοποίηση υποκειμένων, θεσμικών και κοινωνικών παραγόντων, το μετασχηματισμό των σχέσεων εξουσίας, με την ανοικοδόμηση της υποκειμενικότητας, τη μετατροπή, αύξηση και διάθεση των πόρων για την προσωπική χρήση των ψυχικά πασχόντων και των αναπήρων, τη ριζική αλλαγή στις διοικητικές / διαχειριστικές διαδικασίες, την αναβάθμιση του θεραπευτικού δυναμικού της Ψυχιατρικής και την ανάπτυξη πραγματικών και ριζικών εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό, την υπέρβαση των κατεστημένων επαγγελματικών ρόλων, την κοινωνική αναπαραγωγή, εν τέλει, των ψυχικά πασχόντων και ΑμεΑ (Τεπέρογλου, 2004).

Η διαδικασία, που κυριάρχησε τα τελευταία χρόνια, της μεταφοράς ασθενών από τα ψυχιατρεία σε στεγαστικές δομές είχε περισσότερο το χαρακτήρα «μεταστέγασης» ή από- νοσοκομειοποίησης και όχι αποϊδρυματοποίησης. Το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος των δομών αυτών δημιουργήθηκε μετά το 2000, στη βάση μιας πολιτικής για το κλείσιμο των ψυχιατρείων και των ιδρυμάτων πρόνοιας

των μικρότερων αρχικά, με ταυτόχρονη συρρίκνωση των μεγαλύτερων (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>).

Πρόκειται για μια διαδικασία απλής μείωσης των κλινών των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, χωρίς μετασχηματισμό του ψυχιατρικού συστήματος και, επομένως, της διαδρομής του ψυχικά πάσχοντα μέσα σ' αυτό. Δεν υπήρξε καμιά ουσιαστική κίνηση για δημιουργία ενός εναλλακτικού, προς τη νοσοκομειακή νοσηλεία και τον εγκλεισμό, ολοκληρωμένου δικτύου τομεοποιημένων κοινοτικών υπηρεσιών, που να προλαμβάνουν την υποτροπή και τον αποκλεισμό, στηρίζοντας τους ψυχικά πάσχοντες στον τόπο κατοικίας. Η όλη λογική των αλλαγών είναι στην κατεύθυνση της αναδιάταξης των κλινών (μεταφορά τους σε στεγαστικές δομές). Δεν οδηγεί σ' ένα σύστημα, που μειώνει τη ζήτηση για κλίνες, αλλά σ' ένα σύστημα, στο εσωτερικό του οποίου παράγεται μια καθημερινή πίεση για περισσότερες κλίνες. Αντί για ολόπλευρη στήριξη/πρόληψη, είχαμε την αναπαραγωγή της λογικής των κλινών για νοσηλεία/φιλοξενία (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>).

Ένα βασικό σημείο είναι η σημασία της «μετατροπής» των πόρων, ανθρώπινων και υλικών, από τη χρήση τους στη διατήρηση και αναπαραγωγή ενός καταπιεστικού/αντιθεραπευτικού ιδρύματος, στη μεταφορά τους για την ίδρυση και λειτουργία ενός κοινοτικού θεσμού, ενός δικτύου υπηρεσιών για την ολόπλευρη στήριξη των πασχόντων μέσα στην κοινότητα, στον τόπο κατοικίας. Προφανώς, οι υπάρχοντες πόροι ποτέ δεν είναι επαρκείς και χρειάζεται αύξηση της χρηματοδότησης και, προπαντός, αύξηση του προσωπικού. Ωστόσο, η διαδικασία της μετατροπής των υπάρχοντων όρων έχει κομβική σημασία για τη μεταρρύθμιση. Μετατροπή των πόρων σημαίνει π.χ. ότι το ίδιο προσωπικό, που πριν ήταν ενταγμένο σε μια λειτουργία «καταπιεστικής προστασίας» και φύλαξης, μεταβάλλει το ρόλο του σε θεραπευτική κατεύθυνση. Μετατροπή των πόρων είναι, επίσης, η μεταφορά τους από διαδικασίες και ανάγκες συντήρησης «κλινών», σε άμεσα εισοδήματα των ασθενών, ενοίκων των στεγαστικών δομών ή χρηστών (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>).

Για να έχουμε την εκτύλιξη μιας διαδικασίας αποϊδρυματοποίησης και όχι απονοσοκομειοποίησης, μια πραγματική, δηλαδή, υπέρβαση του απηρχαιωμένου καταπιεστικού ιδρύματος, πρέπει η όλη διαδικασία να είναι χειραφετική και για τους ασθενείς και για το προσωπικό. Απαιτεί την κινητοποίησή τους ως υποκειμένων της αλλαγής. Ο πρωταγωνιστικός ρόλος του προσωπικού είναι ουσιαστικής σημασίας, προκειμένου να κερδηθεί η θετική εμπλοκή του στις επιθυμητές αλλαγές και

προκειμένου να γίνει δυνατή η αλλαγή της κουλτούρας, από αυτή της «φύλαξης σ' ένα κλειστό ίδρυμα», σ' αυτή της «στήριξης σε μια συνθήκη ελευθερίας». Χρειάζονται κίνητρα (μεταξύ άλλων και οικονομικά, εκπαιδευτικά κ.λπ.), χρειάζεται η αλλαγή της θέσης του προσωπικού στο σύστημα εξουσίας του ιδρύματος (οριζόντια και όχι κάθετη ιεραρχία), ταυτόχρονα και σε συνάρτηση με την απόκτηση εξουσιών αυτοκαθορισμού από τους ίδιους τους ασθενείς. Χρειάζεται να αποκτήσει το προσωπικό συμμετοχικό και αποφασιστικό ρόλο στο εσωτερικό της θεραπευτικής ομάδας, αλλά και εμπλοκή στις αποφάσεις για την πορεία της μεταρρύθμισης του ιδρύματος. (<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>)

Τα στοιχεία που συνιστούν την αντιθεραπευτική ουσία ενός «ολοπαγούς ιδρύματος» (είτε πρόκειται για ψυχιατρείο, μεγάλο ή συρρικνωμένο, είτε για οποιουδήποτε τύπου «κλειστό» ίδρυμα περίθαλψης ατόμων με αναπηρία), όπως αυτά έχουν αναλυθεί και διατυπωθεί εδώ και 50 χρόνια, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Η **«αποπλαισίωση»** του ατόμου, που συμβαίνει, όταν αυτό απομακρύνεται από το σύννητες περιβάλλον των φυσικών και διαπροσωπικών του σχέσεων.
- Η **«αποϊστορικοποίηση»** του ατόμου, όταν εξαναγκάζεται, από τους κανόνες λειτουργίας του ιδρύματος να ζει σε συνθήκες στρατωνισμού και εξάρτησης, που ποδοπατούν την ατομικότητα, την αυτονομία, τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα.
- Η περαιτέρω **«αποϋπευθυνοποίηση»** του ατόμου, με την επικέντρωση της κλασικής διαγνωστικής διαδικασίας στα συμπτώματα και όχι στην επίδραση του πλαισίου στη συμπεριφορά, έτσι, ώστε όλα να ερμηνεύονται ως οφειλόμενα στην «αρρώστια», παραμερίζοντας πλήρως τη σημασία της επίδρασης της ασφυκτικής και εξουθενωτικής εξουσίας του ιδρύματος. Μακροχρόνια παραμονή στο ίδρυμα οδηγεί σε πραγματική **«αποκοινωνικοποίηση»** του ατόμου (στις ποικίλες μορφές και βαθμίδες βαρύτητας του «ιδρυματισμού»).
- Η όλη λειτουργία και η διαγνωστική/θεραπευτική διαδικασία τείνει στη μείωση της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης στον εαυτό, καθώς βασίζεται στη διαρκή απόδοση στον ασθενή αρνητικών προσδιορισμών, τους οποίους πρέπει αυτός διαρκώς ν' αποδεικνύει ότι δεν ισχύουν, για να θεωρηθεί ότι βελτιώνεται η κατάστασή του. Είναι πιθανό ότι, μερικές ή αρκετές από τις νέες στεγαστικές δομές (ξενώνες κλπ) αλλά και άλλες μονάδες ψυχικής υγείας, που λειτουργούν στη βάση της επικρατούσας «νοσοκομειακής» λογικής, αναπαράγουν, στη

λειτουργία τους ορισμένα ή και όλα τα ως άνω χαρακτηριστικά  
(<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το κράτος είναι ο κύριος φορέας της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα. Βέβαια, βασική προϋπόθεση για τη σωστή ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας είναι η ύπαρξη ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού κρατικού μηχανισμού με ένα ευέλικτο δίκτυο κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο. Παρόλα αυτά η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης, η οποία έχει αρχίσει να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, είναι πενιχρή λόγω κυρίως των ελάχιστων οικονομικών πόρων που διαθέτει (Σαρρής, 2001).

Έτσι λοιπόν, και η φροντίδα για την Τρίτη ηλικία αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα. Όμως αποτελεί προτεραιότητα για το κράτος η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας, η συμμετοχή τους στη κοινωνική ζωή, η παραμονή σε οικείο περιβάλλον καθώς και υποστηρικτικές δομές περίθαλψης (Σαρρής, 2001).

Με δεδομένο τις μεγάλες εργασιακές απαιτήσεις του ιδιωτικού τομέα και το μειωμένο ελεύθερο ωράριο που μπορεί να έχει ένας ιδιωτικός υπάλληλος, εύκολα συνδέεται η αυτή η επαγγελματική κατάσταση, αν έχουν γονείς ηλικιωμένους, με την αδυναμία τους να προσφέρουν στους γονείς τους την απαραίτητη και απαιτούμενη φροντίδα (Σαρρής, 2001).

Ένας ηλικιωμένος έχει τις ανάγκες του, και ειδικά όταν αυτές συνδέονται με διάφορα, αυξημένα, προβλήματα υγείας και όχι μόνο, τότε επιβαρύνει οικονομικά το παιδί του που θα αναλάβει την φροντίδα του. Τα παρεχόμενα από το κράτος για την κοινωνική ασφάλιση των ηλικιωμένων αλλά και για την Πρόνοια των ηλικιωμένων δεν αρκούν για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες και μοιραία η συνεισφορά των παιδιών τους ανάγεται σε ανάγκη. Τα παιδιά συνήθως θεωρούν καθήκον τους να βοηθήσουν τους γονείς τους σαν ελάχιστη ανταπόδοση για όσα τους έχουν προσφέρει. Πολλές όμως φορές δεν υπάρχει η δυνατότητα από το παιδί να καλύψει στο ακέραιο τις ανάγκες των γονιών του και ταυτόχρονα τις ανάγκες της οικογένειας που ο ίδιος έχει δημιουργήσει (Σταθόπουλος, 2005).

Κάποιος άλλος λόγος που οδηγεί ένα παιδί να προτείνει στους γονείς του τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης είναι η έλλειψη καλών σχέσεων ανάμεσα σε γονείς και παιδιά. Το κράτος είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών φροντίδας σε ηλικιωμένους. Οι κουβέντες που γίνονται και αφορούν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αλλά και των παρεχόμενων υπηρεσιών γίνονται από τους αρμόδιους

κρατικούς φορείς ενώ δεν λείπουν και προτάσεις για ανακατανομή κάποιων αρμοδιοτήτων της πρόνοιας σε άλλους φορείς του υπουργείου. Βασική και ταυτόχρονα αναγκαία προϋπόθεση είναι η δημιουργία ενός νέου, υπερσύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος παροχής τέτοιου είδους υπηρεσιών σε επίπεδο τοπικής κοινότητας και το οποίο θα είναι προσβάσιμο για όλους (Σταθόπουλος, 2005).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

- Αμηρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α. (1986). Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Αμίτσης Γ. (1990). *Έννοια και περιεχόμενο της κοινωνικής πρόνοιας*. ΣΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΟΥ Κ. Κρεμαλή (επ.), *Κοινωνική Πρόνοια*, Αθήνα,
- Αμίτσης Γ. (2006). *Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Έμκε - Πουλοπούλου Η. (1999). *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
- Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α. (2005). *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Αθήνα: Κριτική.
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Καλαϊτζή Β.. (2005). *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*, Αθήνα, Mendor Editions S.A.
- Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Μαδιανός Μ. (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, Αθήνα, Καστανιώτης.
- Μαλικιώση-Λοϊζου Μ. (2003). *Η ψυχολογία της γήρανσης*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάκης, Μ. (2009). *Απασχόληση ηλικιωμένων. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής*, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα
- Σαρρής, Μ., (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Σταθόπουλος Π. ( 2005). *Κοινωνική Πρόνοια*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Στασινοπούλου Ο. (1993). *Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών - Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες*

διαπλοκές, στο βιβλίο του π. Μικρά Γράμματα Γετίμη / Δ. Γράβαρη (επ.), *Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.

- Τεπέρογλου Α.(1994). *Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: Στασιμότητα ή Εξέλιξη*, στο βιβλίο των Γ. Κυριόπουλου, Ε. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλη, Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην τρίτη ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Τεπέρογλου Α.(2004) *Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του*, στο Μουσούρου Λ. και Στρατηγάκη Μ. (επιμ.) *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής, Θεωρητικές αναφορές*, ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.
- Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β. (2000). *Η Τρίτη Ηλικία*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts.
- Χτούρης Σ., (1992), *Σύνθετες διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού και ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνική προστασία, σειρά κοινωνικής οικολογίας και πολιτικής*, τευχ.2, Αθήνα, Εκδόσεις: Praxis

## **B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΒΙΒΛΙΑ**

- Means R., Smith,R. (1998) *Community Care – Policy and Practice*, London, Macmillan Press.
- Sainsbury E., (1977), *The Personal Social Services*, London, Pitman.
- Titmuss R. (1974), *Social Policy: An Introduction*, London: Pan-then Books.
- Zeitlin, J., Pochet, P. (eds.), (2005). *The Open Method of Co-ordination in action – The European Employment and Social Inclusion Strategies*, Peter Lang, Brussels.

## **Γ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

- Έμκε – Πουλοπούλου Η. (1991). *Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα, περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τευχ.24, σελ. 221.
- Μάνος Νίκος,(1987).*Η αναγκαιότητα ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργιών*, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 6,σελ 67



- Μουζακίτης, Χ. (1988) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενιού νοσοκομείου». Κοινωνική Εργασία, τεύχος 12 ΣΕΛ 17-27
- Πανταζάκας , Π και Μέντης, Μ (2002) *Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού*. ΑΘΗΝΑ, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66, ΣΕΛ 97-112

## Γ. ΠΗΓΕΣ INTERNET

[http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39\\_politikes\\_koinwnikh\\_s\\_pronoias.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/39_politikes_koinwnikh_s_pronoias.pdf)

<http://healthyworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/f4beebeba0dd6c190c/acc1fc2a7746c567/aef26bbca340bfec.html>

[http://www.enthesis.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6](http://www.enthesis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=351:enthesis6710&catid=19:2009-05-13-17-12-44&Itemid=6)

[http://samiaki-  
agora.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=28](http://samiaki-<br/>agora.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=28)

[www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc)

[http://ec.europa.eu/cyprus/news/older\\_people\\_el.htm](http://ec.europa.eu/cyprus/news/older_people_el.htm)

[http://www.papageorgiou-  
hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremehsi\\_ilikiomenon.pdf](http://www.papageorgiou-<br/>hospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremehsi_ilikiomenon.pdf)

[www.kedke.gr/uploads2011/meleth\\_koinvnikesdomes\\_synedrio2010.doc](http://www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc)

<http://www.konstantopouleio-eugireio.gr/>

[http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK\\_RACF\\_fact\\_sheet\\_FINAL\\_.pdf](http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK_RACF_fact_sheet_FINAL_.pdf)

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/socprot/healthcare/el\\_healthreply\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/el_healthreply_el.pdf)

<http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/746/132.pdf>

<http://www.agws.com.au/resources/Aged%20Care%20Services%20Handout%20-%20Greek.pdf>

<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/>

<http://www.lyrakos.gr/index.php/news/82-h-shmasia-tis-diepistimonikis-omadas-sto-kliniko-xwro>

<http://lesvosnews.net/2010/12/02/66-104/>

<http://bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/healthcare/healthcareinfo/>